

Questionario sugli effetti collaterali

Nome: _____

Identificazione: _____

Giorno del trattamento: . _____

N° di trattamento: Tempo di permanenza: _____ minuti

1. Con che frequenza ha dovuto urinare dopo il trattamento (frequenza)?

- Normale
- Più del normale
- Ogni due ore
- Ogni ora
- Più volte all'ora

2. Quando ha ripreso ad urinare con la frequenza abituale?

- La frequenza della minzione non è cambiata
- Dopo sei ore
- Dopo dodici ore
- Dopo ventiquattro ore
- Dopo due giorni
- Dopo tre giorni
- Più di tre giorni dopo

3. Brividi?

- No
- Sì

4. Febbre?

- No
- Sì

Temperatura: _____ °C

5. Nausea?

- No
- Sì

6. Disuria?

- No
- Sì

Se sì, per quanto tempo?

- Circa sei ore
- Circa dodici ore
- Circa ventiquattro ore
- Per due giorni
- Per tre giorni
- Più di tre giorni dopo

7. Ematuria?

- No
- Sì

Per quanti giorni: _____

8. Quando è tornato alla normalità dopo il trattamento?

- Dopo sei ore
- Dopo dodici ore
- Dopo ventiquattro ore
- Dopo due giorni
- Dopo tre giorni
- Dopo più di tre giorni

9. Altri sintomi di cui desidererebbe discutere?
