

هل فحص مستضد البروستاتا النوعي مناسب لي؟

هل تعاني من أي أعراض (مشكلات عند التبول)؟

لدي بعض الأعراض البولية (المشكلات عند التبول). انظر خلف الصفحة لتحديد أعراضك وإعطائها درجات.
نحن ننصحك بالتحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بشأن الأعراض التي تشعر بها.

هل من الأرجح أنك ستستفيد من فحص سرطان البروستاتا؟

لدي تاريخ عائلي من الإصابة بسرطان البروستاتا وأنا بعمر **69-40** عامًا. (ضع دائرة على جميع ما ينطبق) والدي، أخي، عمي/خالتي، جدي، ابني أصيب بسرطان البروستاتا. العمر عند اكتشاف سرطان البروستاتا لدى فرد العائلة، إن عُرف: _____

أنا أمريكي من أصل إفريقي بعمر **69-40** عامًا.

أنا بعمر **69-55** عامًا.

يزيد عمري عن **70** عامًا ولا أتناول أكثر من دواء واحد يُصرف بوصفة طبية [أتمتع بصحة ممتازة].

إذا كنت وضعت علامة على أي من المربعات أعلاه ولم تخضع لفحص سرطان البروستاتا في خلال العامين الماضيين، توصي جمعية طب الجهاز البولي الأمريكية بأن تستشير مقدم رعاية صحية لمعرفة ما إذا كان فحص سرطان البروستاتا مناسبًا لك.

هل من الأقل أرجحية أنك ستستفيد من فحص سرطان البروستاتا؟

إذا أجبت بلا على جميع الأسئلة في المربعات أعلاه، فلا تنصح جمعية طب الجهاز البولي الأمريكية بخضوعك لفحص سرطان بروستاتا روتيني في هذا الوقت. ولكن قد يظل يلزمك استشارة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بشأن فحص سرطان البروستاتا أو أي أسئلة أو أعراض أخرى لديك.

هل ترغب في استشارة مقدم رعاية صحية؟

لقد قررت عدم استشارة مقدم رعاية صحية. (لقد انتهيت).

لقد قررت استشارة مقدم رعاية صحية بشأن فحص سرطان البروستاتا أو مشكلات صحة البروستاتا الأخرى.

ما الذي قررت فعله بعد استشارة مقدم الرعاية الصحية؟

بعد استشارة مقدم الرعاية الصحية بشأن مخاطر فحص سرطان البروستاتا وفوائده، قررت:

عدم الخضوع لفحص سرطان البروستاتا.

الخضوع لفحص سرطان البروستاتا.

تحديد موعد للفحص أو لمناقشة مسائل صحية أخرى:

مساحة قابلة للتخصيص لبيانات الاتصال لموعد المستشفى/العيادة

هل لاحظت أيًا مما يلي عند ذهابك إلى المرحاض للتبول على مدار الشهر الماضي؟ ضع دائرة حول الإجابة الصحيحة بالنسبة لك ودون درجتك في العمود على الجهة اليمنى. استشر مقدم الرعاية الصحية إذا كانت إجمالي درجتك عن الأسئلة السبعة الأولى 8 أو أعلى أو إذا كنت تشعر بانزعاج على الإطلاق.

درجتك	دائمًا تقريبًا	أكثر من نصف الوقت	نصف الوقت تقريبًا	أقل من نصف الوقت	أقل من مرة واحدة من كل 5 مرات	إطلاقاً	
	5	4	3	2	1	0	إفراغ غير كامل – أشعر بأنني لم أفرغ مثانتي تمامًا.
	5	4	3	2	1	0	التكرار – أضطر للذهاب إلى المرحاض مرة أخرى بعد أقل من ساعتين من انتهائي من التبول.
	5	4	3	2	1	0	التقطع – أتوقف وأبدأ مرة أخرى عدة مرات عندما أتبول.
	5	4	3	2	1	0	الإلحاح – من الصعب الانتظار عندما أحتاج للتبول.
	5	4	3	2	1	0	ضعف التدفق – دفق البول لدي ضعيف.
	5	4	3	2	1	0	بذل المجهود – يجب علي الدفع أو بذل مجهود لبدء التبول.
درجتك	5 مرات أو أكثر	4 مرات	3 مرات	مرتان	مرة واحدة	ولا مرة	
	5	4	3	2	1	0	البوال الليلي – أستيقظ للتبول بعد ذهابي للنوم حتى موعد استيقاظي في الصباح.

الدرجة الإجمالية للأعراض وفقاً لجمعية طب الجهاز البولي الأمريكية
الدرجة الإجمالية: 0-7 أعراض خفيفة؛ 8-19 أعراض متوسطة؛ 20-35 أعراض شديدة

جودة الحياة نتيجة للأعراض البولية						
بسوء شديد	غير سعيد	غير راضٍ في الغالب	مختلط الشعور: راضٍ وغير راضٍ بشكل متساوٍ	راضٍ في الغالب	سعيد	مبتهج

أعدت الترجمة بواسطة



الجمعية السعودية لجراحة المسالك البولية
Saudi Urological Association