

# Índice Composto Expandido de Câncer de Próstata para Prática Clínica (EPIC-PC)

"Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP)"

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Instrumento clínico para medir questões relativas à Qualidade de Vida em pacientes com câncer de próstata.

**Paciente:** Favor responder as questões abaixo, sinalizando a opção mais apropriada. Todas as questões devem ser respondidas baseadas nos sintomas das **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**. Selecionar apenas uma opção para cada pergunta.

### 1. No geral, você está tendo problemas para urinar?

- Não                       Muito pouco                       Pouco                       Moderadamente                       Muito

### 2. Qual das opções a seguir descreve melhor o seu controle urinário?

- 0  Controle total    1  Gotejamento ocasional    2  Gotejamento frequente    4  Nenhum controle    \_\_\_\_\_

### 3. Quantos absorventes ou fraldas para adultos você normalmente tem usado devido a perda urinária?

- 0  Nenhum    1  Um por dia                      2  Dois por dia                      4  Três ou mais por dia    \_\_\_\_\_

### 4. O gotejamento ou escape urinário está sendo problemático (incômodo) para você?

- 0  Nada                      1  Muito pouco                      2  Pouco                      3  Moderado                      4  Muito    \_\_\_\_\_

\*O MÉDICO deverá somar as respostas das questões de 2-4 para calcular o **Escore de Sintomas de Incontinência Urinária (máximo 12)**: \_\_\_\_\_

### 5. Quão problemático (incômodo) têm sido cada um dos itens descritos abaixo?

	Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito
a. Doeu ou ardeu para urinar _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Jato de urina fraco ou esvaziamento incompleto da bexiga _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Necessidade frequente de urinar durante o dia _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

\*O MÉDICO deverá somar as respostas das questões de 5a-5c para calcular o **Escore de Sintomas Urinários Irritativos/Obstrutivos (máximo 12)**: \_\_\_\_\_

### 6. Quão problemático (incômodo) têm sido cada um dos itens descritos abaixo?

	Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito
a. Dor retal ou urgência para evacuar _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Aumento da frequência das evacuações _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Problemas com seus hábitos intestinais _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

\*O MÉDICO deverá somar as respostas das questões de 6a-6c para calcular o **Escore de Sintomas Intestinais (máximo 12)**: \_\_\_\_\_

### 7. Como você classificaria a sua capacidade de ter um orgasmo (clímax)?

- 0  Muito bom                      1  Bom                      2  Razoável                      3  Deficiente                      4  Muito deficiente a nula    \_\_\_\_\_

### 8. Como você descreveria a QUALIDADE habitual de suas ereções?

- 0  Firme suficiente para relação sexual                      1  Firme suficiente para masturbação e preliminares                      2  Não o suficientemente firme para qualquer atividade sexual                      4  Absolutamente nenhuma    \_\_\_\_\_

### 9. Como um todo, quão problemática (incômoda) têm sido sua função sexual ou sua falta de função sexual?

- 0  Nada problemática                      1  Muito pouco problemática                      2  Pouco problemática                      3  Moderadamente Problemática                      4  Muito problemática    \_\_\_\_\_

\*O MÉDICO deverá somar as respostas das questões de 7-9 para calcular o **Escore de Sintomas Sexuais (máximo 12)**: \_\_\_\_\_

### 10. Quão problemática (incômoda) foram para você cada uma das seguintes situações descritas abaixo?

	Nada	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito
a. Ondas de calor ou sensibilidade mamária/aumento _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Sentindo-se deprimido/triste _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Falta de energia/desanimado _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

\*O MÉDICO deverá somar as respostas das questões de 10a-10c para calcular o **Escore de Sintomas de Vitalidade/Hormonal(máximo 12)**: \_\_\_\_\_

**O MÉDICO** deverá somar os escores dos cinco domínios para calcular o **Escore Geral de Qualidade de Vida (máximo 60)**: \_\_\_\_\_