

Data: _____ Nome e Cognome: _____

NBD score - Neurogenic Bowel Dysfunction score¹

Il punteggio di ogni risposta è espresso fra parentesi

	Punteggio
1. Frequenza della defecazione <input type="radio"/> Giornaliera (0) <input type="radio"/> 2-6 volte a settimana (1) <input type="radio"/> meno di una volta a settimana (6)	
2. Tempo speso per ciascuna defecazione <input type="radio"/> 0-30 minuti (0) <input type="radio"/> 31-60 minuti (3) <input type="radio"/> Più di un'ora (7)	
3. Malessere/disconfort, cefalea o sudorazione precedente e/o durante la defecazione <input type="radio"/> No (0) <input type="radio"/> Sì (2)	
4. Uso regolare di pastiglie contro la stipsi <input type="radio"/> No (0) <input type="radio"/> Sì (2)	
5. Uso regolare di gocce contro la stipsi <input type="radio"/> No (0) <input type="radio"/> Sì (2)	
6. Stimolazione digitale anale e/o evacuazione manuale <input type="radio"/> meno di una volta a settimana (0) <input type="radio"/> una o più volte a settimana (6)	
7. Frequenza degli episodi di incontinenza/imbrattamento <input type="radio"/> meno di una volta al mese (0) <input type="radio"/> 1-4 volte al mese (6) <input type="radio"/> 1-6 volte a settimana (7) <input type="radio"/> giornalmente (13)	
8. Farmaci per l'incontinenza fecale <input type="radio"/> No (0) <input type="radio"/> Sì (4)	
9. Incontinenza ai gas <input type="radio"/> No (0) <input type="radio"/> Sì (2)	
10. Problemi della cute perineale <input type="radio"/> No (0) <input type="radio"/> Sì (3)	
Punteggio Totale NBD (range 0-47)	

Soddisfazione generale

Si prega di segnare la scala con una crocetta (x) per indicare il vostro livello di soddisfazione generale per la gestione dell'intestino.
(Insoddisfazione totale =0 / Soddisfazione massima =10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Punteggio NBD

0-6
7-9
10-13
14 o più

Livello di disfunzione intestinale

Molto basso
Basso
Moderato
Severo