Czy doświadczają Państwo objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego?

Are you experiencing symptoms of OAB?

Miliony ludzi cierpią z powodu objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego. Nie są Państwo sami.

Millions of Americans experience overactive bladder (OAB) symptoms. You are not alone.

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania i omówić je ze swoim lekarzem.

Answer the following questions and discuss them with your doctor.

1. Ile razy dziennie zdarza się, że muszą Państwo szybko skorzystać z toalety i martwią się, że nie zdążą?
   How many times per day do you rush to the bathroom and worry that you won't make it?
2. Ile razy dziennie korzystają Państwo z toalety? Czy wydaje się, że to zbyt często?
   How many times do you use the bathroom each day, and does it feel like too often?
3. Ile razy w tygodniu ograniczają Państwo ilość spożywanych płynów, aby zmniejszyć liczbę wizyt w toalecie?
   How many times a week do you limit your fluid intake to avoid so many trips to the bathroom?
4. Ile razy w tym tygodniu nie utrzymali Państwo moczu?
   How many times have you leaked urine this week?
5. Ile razy korzystają Państwo z toalety w ciągu nocy?
   How many times do you use the bathroom in the middle of the night?
6. Czy upewniają się Państwo, gdzie jest toaleta, bez względu na miejsce, w którym Państwo się znajdują?
   Do you make sure you know where to find the bathroom, no matter where you are?
7. Jak objawy zespołu pęcherza nadreaktywnego wpływają na Państwa i na wykonywane codziennie czynności?
   How do your OAB symptoms impact you and your daily activities?

©2016 Astellas Pharma US, Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone.
080-0851-PM Kwiecień 2016 r.