

# Frågeformulär om urinläckage



Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Besvärdebut: \_\_\_\_\_  mindre än 1 år  1-5 år  mer än 5 år  
Vikt/längd \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ Tarmfunktion \_\_\_\_\_ Tidigare urinvägsinfektion \_\_\_\_\_

Menopaus \_\_\_\_\_ Östrogenbehandling/preventivmedel \_\_\_\_\_

Hur många gånger per dag (vaken tid) kastar du vatten? \_\_\_\_\_  
Hur många gånger går du upp på natten för att kasta vatten? \_\_\_\_\_  
Hur ofta läcker du?  enstaka tillfällen  flera ggr/vecka  dagligen

Har du urinläckage vid ansträngning (t ex hosta, lyft, hopp)?  Ja  Nej \_\_\_\_\_  
Om ja, hur stor mängd?  dropp  skvätt  hela blåsinnehållet

Känner du starka trängningar till vattenkastning?  Ja  Nej \_\_\_\_\_  
Kan du läcka innan du hinner fram till toaletten?  Ja  Nej \_\_\_\_\_  
Om ja, hur stor mängd?  dropp  skvätt  hela blåsinnehållet

Antal inkontinensskydd/dygn: \_\_\_\_\_ fabrikat/storlek \_\_\_\_\_

Har du svårt att tömma blåsan?  Ja  Nej \_\_\_\_\_  
Om ja, behöver du krysta/trycka över blåsan  Ja  Nej \_\_\_\_\_

I hur hög grad inverkar urinläckaget på ditt dagliga liv? Ringa in en siffra:  
inte alls    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    extremt mycket