



Frågeformulär

Besvär efter förlossningsbristning

Det här frågeformuläret besvaras och skickas in tillsammans med remiss till Bäckebottencentrum VO Kvinnosjukvård, SUS.

Dina svar är viktiga för att vi ska kunna hjälpa dig på bästa sätt. Givetvis behandlar vi dina svar med sekretess. Försök svara utifrån din dagliga situation.

Datum när frågeformuläret fylls i?

Datum för förlossning?

Hur mår du idag? Beskriv gärna hur din situation är idag och hur du upplever att skadan påverkar din vardag.

Har du fått veta vilken skada du har?

Om du fick en bristning vid förlossning, vet du vilken typ det var?

- Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Vet inte, osäker
 Annat

Beskriv dina besvär genom välja ett eller flera av följande alternativ

Har du urinläckage eller ofrivillig urinavgång?

- Aldrig Nästan aldrig 1–3 ggr per månad 1–3 ggr per vecka
 Dagligen

Har du svårt att hålla gaser?

- Nej Ja

Händer det att du släpper dig även när det är olämpligt, dvs utan att kunna kontrollera det?

- Nej Nästan aldrig Ja, 1-3 gånger i månaden Ja, 1-3 gånger i veckan
 Ja, dagligen

Beskriv vid vilka tillfällen du kan läcka gas

Har du läckage av lös avföring?

- Nej Nästan aldrig Ja, 1-3 gånger i månaden Ja, 1-3 gånger i veckan
 Ja, dagligen

Beskriv vid vilka tillfällen du kan läcka avföring

Har du läckage av fast avföring?

- Nej Nästan aldrig Ja, 1-3 gånger i månaden Ja, 1-3 gånger i veckan
 Ja, dagligen

Beskriv vid vilka tillfällen du kan läcka avföring

Om du har läckageproblem (urin, gas eller avföring), påverkar de din livsstil?

- Nej Nästan aldrig Ja, 1-3 gånger i månaden Ja, 1-3 gånger i veckan
 Ja, dagligen

Beskriv vid vilka tillfällen du kan läcka urin

Har du invändiga muskelskador?

- Nej Ja Vet inte, osäker

Vet du vilka muskler?

- Nej Ja Vet inte, osäker

Upplever du att du har andra skador? Vet du vilka andra skador du har?

- Nej Ja Vet inte, osäker

Har du tyngdkänsla eller upplever att någonting buktar?

- Nej Ja Ja vid speciella situationer.

Har du smärta?

- Nej Ja Ja vid speciella situationer.

Beskriv vid vilka situationer smärta uppstår

Rita och/eller beskriv din smärta



Behöver du ta smärtstillande mediciner p. g. a. bristningen (eller pga annan skada)?

- Nej Ja

Om ja, Hur ofta och vilka läkemedel tar du?

Är samliv och sexualitet påverkat (pga bristningen)?

- Nej Ja till viss del Ja i hög grad

Beskriv *nedan*

Har du några andra besvär på grund av bristningen (eller annan skada)?

- Onormal trötthet, orkeslöshet Oro, ängslan
 Förstoppning Annat?

Beskriv *nedan*

Har du tränat bäckenbotten?

- Nej Ja, men inte regelbundet eller enligt träningsprogram
- Ja, regelbundet enligt träningsprogram

Hur skulle du beskriva din knipförmåga?

- Mycket god Kan knipa, men har svag styrka eller uthållighet
- Jag hittar inte knipet

Hur skulle du beskriva din aktivitetsförmåga?

- Klarar allt vardagligt utan besvär
- Klarar allt vardagligt och kan motionera Har svårt att klara aktivitet pga bristningen

Har du några ytterligare problem som hänger samman med förlossningsbristningen?

- Nej
- Ja, beskriv nedan

.....

Namn (den som fyllt i formuläret)

.....

Personnummer

.....

Kontaktuppgift (telefon)