

Frågeformulär om urinläckage

Kvinnosjukvården



Personnummer (12-siffror)	Namn	Datum
---------------------------	------	-------

Besvärdebut	<input type="checkbox"/> mindre än 1 år	<input type="checkbox"/> 1-5 år	<input type="checkbox"/> mer än 5 år
-------------	---	---------------------------------	--------------------------------------

Vikt (kg)	Längd (cm)	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?	<input type="checkbox"/> enstaka tillfällen	<input type="checkbox"/> flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> dagligen
---------------------	---	---	-----------------------------------

Har du urinläckage vid ansträngning (t ex hosta, lyft, hopp)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
---	-----------------------------	------------------------------

Om ja, hur stor mängd	<input type="checkbox"/> droppar	<input type="checkbox"/> skvätt	<input type="checkbox"/> hela blåsinnehållet
-----------------------	----------------------------------	---------------------------------	--

Känner du starka trängningar til vattenkastning?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
--	-----------------------------	------------------------------

Kan du läcka innan du hinner fram till toaletten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
---	-----------------------------	------------------------------

Om ja, hur stor mängd	<input type="checkbox"/> droppar	<input type="checkbox"/> skvätt	<input type="checkbox"/> hela blåsinnehållet
-----------------------	----------------------------------	---------------------------------	--

Antal inkontinensskydd per dygn?	Fabrikat/storlek
----------------------------------	------------------

Har du svårt att tömma blåsan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Om ja, behöver du krysta/trycka över blåsan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
--	-----------------------------	------------------------------

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

Kvinnosjukvårdens anteckningar
