

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Inkontinens - Frågeformulär vid urinläckage

Namn: _____

Personnummer: _____

Vikt: _____ kg Längd: _____

1. Tobak – röker eller snusar du?

Nej

Ja

Om ja, hur mycket? _____

2. Lider du av någon av följande sjukdomar?

Neurologisk sjukdom

Diabetes

Hjärt- och kärlsjukdom

Stroke

Astma/KOL eller besvärande hosta

Läkemedelsallergi. Om ja mot vad? _____

Annan sjukdom. Om ja vilken? _____

Pacemaker

3. Tar du några mediciner? (inklusive hormoner/lokalt östrogen)

Ange även styrka och dos _____

4. Har du blivit opererad i buken eller underlivet?

Nej

Ja, om ja för vad och när? _____

5. Har du fått strålbehandling mot buken eller underlivet?

Nej

Ja

6. Har du fött barn?

Nej

Ja Antal _____

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Om ja

- normal förlossning kejsarsnitt
- sugklocka eller tång stora bristningar
- barnvikt mer än 4,5 kg

Namn: _____
Personnr _____

7. Har du blivit gyn undersökt?

- Nej
- Ja Om ja, ange då när det senast skedde _____

8. Har du menstruation?

- Nej, menstruationen upphörde _____
- Ja, när hade du mens senast? _____

9. Besväras du av ofrivilligt urinläckage?

- Nej
- Ja

10. Hur länge har du haft dina besvär?

- Mindre än 1 år
- 1-5 år
- Mer än 5 år

11. Har du tidigare sökt hjälp för dina besvär?

- Nej
- Ja, om ja, var och när? _____

12. Hur ofta läcker du urin?

- Dagligen antal gånger
- Flera gånger/vecka
- På natten
- Sporadiskt

13. Hur mycket läcker du?

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

- Droppvis
- Skvättar
- Rikligt
- Varierar

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Namn: _____

Personnr _____

14. Läcker du vid ansträngning?

Nej

Ja

Om ja, läcker du vid kraftig ansträngning t ex hosta, nysning, lyft, jogging, gymnastik?

Aldrig

Enstaka gånger

Alltid

Medelmåttig ansträngning t ex snabb promenad, gång i trappa?

Aldrig

Enstaka gånger

Alltid

Lätt ansträngning t ex långsam gång?

Aldrig

Enstaka gånger

Alltid

Vid samlag?

Nej

Ja

15. Känner du starka trängningar till vattenkastning?

Nej

Ja

Om ja, läcker du i samband med dessa trängningar?

Nej

Ja

16. Behöver du gå upp och kissa på natten?

Nej

Ja

Om ja, hur ofta?

En gång/natt

2-3 gånger/natt

4 eller flera gånger/natt

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Namn: _____
Personnr _____

17. Tömmer du blåsan för säkerhets skull?

- Nej
- Ja

18. Har du svårt att tömma blåsan?

- Nej
- Ja
- Ibland

19. Har du blivit behandlad för urinvägsinfektion senaste året?

- Nej
- Ja

Om ja

- En gång
- Flera gånger
- Kronisk infektion

20. Har du haft synligt blod i urinen?

- Nej
- Ja

21. Har du svårt att hålla tätt vad gäller:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Avföring | Gaser |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Ibland | <input type="checkbox"/> Ibland |

22. Lider du av förstoppning?

- Nej
- Ja
- Ibland

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Namn: _____
Personnr _____

22. Använder du inkontinensskydd?

Nej

Ja

Om ja

Vilken sort _____ Antal/dygn _____

23. Begränsar läckaget ditt dagliga liv?

Nej

Ja

**Avstår du från någon/några aktiviteter på grund av ditt urinläckage?
(t ex jogging, gymnastik, teater, resor, sexuellt umgänge)**

Nej

Ja

Om ja, vilka? _____

24. Hur upplever du ditt läckage? Markera på skalan.

0 _____ 10
Litet problem _____ Stort problem

