

## 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 \_\_\_\_\_

#### 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?**

- Droppvis  
 Skvättar  
 Rikligt  
 Varierar

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

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**

- Nej  
 Ja  
 Ibland

**Gaser**

- Nej  
 Ja  
 Ibland

**22. Lider du av förstoppning?**

- Nej  
 Ja  
 Ibland

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

