



Frågor inför utredning och behandling av dina besvär

Beskriv kortfattat dina besvär

.....
- Hur länge har du haft dina besvär?.....

- Har du fått behandling mot besvären? Ja Nej

- Vilken behandling och effekt har/hade du?.....
.....

Besväras du av urinläckage vid ansträngning? (t ex hosta, lyft, hopp) Ja Nej

- I vilka situationer?

Besväras du av urinträngningar? (= plötslig tvingande kissnödighet) Ja Nej

- I vilka situationer?

- Besväras du av läckage vid urinträngning? Ja Nej

När kommer urinläckagen?

- På dagen, vaken tid Ja Nej

- På natten, vaken (t ex på väg till toaletten) Ja Nej

- Medan du sover Ja Nej

- Vid samlag Ja Nej

- Utan vare sig ansträngning eller trängning Ja Nej

- Vid uppresning från sittande till stående Ja Nej

Hur ofta kommer urinläckagen?

Varje dygn Flera gånger i veckan Flera gånger i månaden Enstaka tillfällen

Hur stora är urinläckagen?

Droppar Små skvättar Rinnande Hela blåstömningar

Använder du hjälpmedel för läckage eller tömning av blåsan? Ja Nej

- Vilka sorter, namn och storlekar?

- Hur många hjälpmedel per dygn?

- Fungerar dina hjälpmedel väl? Ja Nej

Hur mycket vätskeintag har du per dygn?

- Hur många gånger tömmer du urinblåsan på toaletten per dag, vaken tid?

- Hur många gånger tömmer du urinblåsan på toaletten per natt, sovtid?

Har du svårt att starta tömning av urinblåsan? Ja Nej

- Brukar du krysta eller trycka på när du tömmer blåsan? Ja Nej

- Kommer urinen i portioner? Ja Nej

- Har du ofta känsla av ofullständig tömning? Ja Nej

- Kommer urinläckage när du reser dig från toaletten? Ja Nej

- Gör det ont eller svider när du tömmer blåsan? Ja Nej

- Har du haft flera urinvägsinfektioner det senaste året? Ja Nej

- När fick du senast behandling mot urinvägsinfektion?

Påverkar besvären din livskvalitet? På vilket sätt? Ja Nej

- Minskad fysisk aktivitet Ja Nej

- Minskad social aktivitet (t ex umgänge, föreningsliv, resor) Ja Nej

- Minskat samliv Ja Nej

- Minskad sömn Ja Nej

- Vad avstår du från? Har du ändrat dina vanor? Beskriv hur

.....
.....

Markera med ett kryss på linjen hur svåra dina besvär är om de förblir oförändrade:

Inga besvär |-----| Outhärdliga

Vilka förväntningar har du på utredning och behandling av besvären? Vad är ditt mål?

.....
.....

Vad kan du själv göra för att minska besvären? Vad gör du redan?

.....
.....

Har du fått hjälp med bäckenbottenträning? Ja Nej

- Tränar du bäckenbotten dagligen nu? Ja Nej

- Försöker du använda bäckenbotten och knipa emot när det behövs? Ja Nej

När var din senaste gynekologiska undersökning?

- Visade undersökningen något avvikande? Ja Nej
- Vad avvek?

Hur många förlossningar har du genomgått och när var det?

- Har du blivit förlöst med sugklocka eller tång? Ja. När?..... Nej
- Har du fått stor bristning i mellangården? Ja. När?..... Nej
- Har du fått bristning i ändtarmens ringmuskel? Ja. När?..... Nej
- Har du blivit förlöst med kejsarsnitt? Ja. När?..... Nej

Har du regelbundna menstruationer? Ja Nej

- Använder du preventivmedel? Ja. Vilket?..... Nej
- Har dina menstruationer upphört? Ja. När?..... Nej
- Använder du östrogen mot svettningar och vallningar? Ja. Vilket?..... Nej
- Använder du östrogen mot sköra slemhinnor? Ja. Vilket?..... Nej

Har du aktivt samliv? Ja Nej

- Har du besvär vid samliv? Ja Nej
- Vilka besvär?
- Har du någon gång blivit utsatt för våld eller övergrepp? Ja. Är det pågående?..... Nej

Har du blivit opererad i bäckenområdet? Ja Nej

- För urinläckage Ja. När?..... Nej
- För framfall Ja. När?..... Nej
- Opererat bort livmoder och/eller äggstockar Ja. När?..... Nej
- Annan operation t ex tarm eller höft Ja Nej
- Vilka operationer och när?
- Har du fått strålbehandling i bäckenområdet? Ja. När?..... Nej

Har du besvär med tarmens funktion? Ja. Sedan när?..... Nej

- Svårt att få tarmen tom vid toalettbesök Ja Nej
- Hård avföring Ja Nej
- Lös avföring Ja Nej
- Gasläckage Ja Nej
- Avföringsläckage Ja Nej
- Smärta i eller kring ändtarmen Ja Nej
- Har du fått behandling mot tarmbesvär? Ja Nej
- Vilken behandling och effekt har/hade du?
-

Accepterar du sammanhållen journalföring?

Ja

Nej

Har du eller har du haft något av följande?

- Diabetes

Ja

Nej

- Högt blodtryck

Ja

Nej

- Hjärtsjukdom

Ja. Vilken?.....

Nej

- Stroke

Ja. När?.....

Nej

- Neurologisk sjukdom

Ja. Vilken?.....

Nej

- Diskbräck / Ryggbesvär

Ja. Var i ryggen?.....

Nej

- Lungsjukdom / Kronisk hosta

Ja. Vilken?.....

Nej

- Sömnapné

Ja

Nej

- Bensvullnad

Ja

Nej

- Allergi

Ja. Mot vad?.....

Nej

- Depression eller andra psykiska besvär

Ja. Vilka?.....

Nej

- Glaukom (grön starr)

Ja

Nej

- Annan sjukdom eller tillstånd

Vilka mediciner använder du regelbundet?

- Är du allergisk mot några mediciner?

Ja. Vilka?.....

Nej

Röker du?

- Har du slutat röka?

Ja. Hur många per dygn?.....

Nej

- Snusar du?

Ja. Sedan när?.....

Ja.

Nej

Dricker du alkohol?

- Hur mycket per tillfälle?

Ja. Hur ofta?.....

Nej

Tränar du fysisk aktivitet regelbundet?

- Vad tränar du?

Ja. Hur ofta?.....

Nej

Har du arbete med många tunga lyft?

- Har du många tunga lyft i hemmet?

Ja

Nej

- Hur ser din livssituation ut?

Ja

Nej

Hur mycket väger du? kg

Hur lång är du? cm