

FRÅGEFORMULÄR till manlig patient (bilaga 4)

Var vänlig och fyll i detta frågeformulär och ta det med till mottagningsbesöket. Om någon fråga är oklar, behöver Du inte fylla i den.

Ifyllt datum:

Namn: Personnummer:

Yrke/sysselsättning:

Längd: Vikt:

Läkemedel:

.....
.....
.....

Rökare: ja nej f.d.

Tidigare Operationer:

.....
.....

Diabetes: ja nej

Astma: ja nej

Hjärt/kärlbesvär: ja nej

Ryggbesvär: ja nej Hur? (om svar Ja:

Avföringsbesvär ja nej Om ja, beskriv hur

.....

Överkänslighet ja nej Om ja, beskriv hur

.....

Andra sjukdomar/besvär;

.....

.....

Aktuellt problem;

.....

.....

Hur många gånger kissar du på en dag? mindre än 7 ggr mer än 7 ggr

Hur många gånger kissar du under natten? gånger.

Känner du ofta starka trängningar till att kissa? Ja Nej Ibland

Läcker du i samband med dessa trängningar? Ja Nej Ibland

Får du då bråttom till toaletten? Ja Nej Ibland

- Hinner du till toaletten innan läckage uppstår? Ja Nej Ibland
- Vaknar du av trängningar nattetid? Ja Nej Ibland
- Läcker du urin under natten? Ja Nej Ibland
- Läcker du urin vid t.ex., hosta, lyft? Ja Nej Ibland
- Läcker du urin helt utan förvarning? Ja Nej Ibland
- Läcker du urin efter att ha kissat klart? Ja Nej Ibland
- Läcker Du urin vid promenad? Ja Nej Ibland
- Hur stor mängd urin läcker Du per gång? Inget Droppar Skvätt Stor mängd
- Hur ofta läcker Du? Enstaka tillfällen Dagligen

Flera gånger/vecka

Använder du inkontinensskydd? Ja Nej Om ja, vilket;

Känner du att du tömt blåsan när du kissat? Ja Nej

Måste du krysta eller ta i för att börja kissa? Ja Nej

Är det avbrott i urinflödet? Ja Nej

Upplevs strålen som Svag Varierande

Känner du sveda/smärta när du kissar? Ja Nej

Får du ofta urinvägsinfektioner? Ja Nej

När började dina urinbesvär?år

Någon speciell händelse som utlöste ditt problem?

.....

.....

.....

Inte alls Måttligt Helt handikappad

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10