

Anamnesblad Inkontinens

Datum: _____

Ålder: _____

Arbetar som: _____

tungt rörligt stillasittande

Antal förlossningar: _____

År: _____

Eventuella komplikationer: _____

Sjukdomar: _____

Mediciner: _____

Urinvägsinfektion ofta enstaka aldrig

Operationer: _____

Aktuella besvär:

Trängningar: måttliga starka frekventa Vid rinnande vatten

Läckage: sällan dagligen flera ggr dagligen ständigt

Läcker vid: hopp spring dans hosta
 nysning skratt lyft gång
 lägesändring vattenkontakt vid trängning

Hinner du till toaletten? ja nej inte alltid

Antal miktionser per dag: _____ per natt : _____

Går det att knipa av strålen? ja nej svårt

Använder Du inkontinensskydd? alltid ibland aldrig

Vilken modell? _____ Antal byten/dygn: _____

Hur länge har Du haft besvären? _____ Utlösande faktor: _____

Tarmfunktion: _____ Vikt: ____ Dryck/dygn: _____

Menstruation: regelbundet oregelbundet menopaus

Om partner finns; är samlivet påverkat av besväret? ja nej

Läckage då? ja nej

Röker Du? ja nej

Urinodling: ja datum: _____ nej