

Frågelista inför ditt besök på inkontinensmottagningen

Trängning = att känna sig kraftigt kissnödig

1. Besväras du av täta trängningar Nej Ibland Flera gånger per dag
2. Brukar du ha urinläckage i samband med träningar? Nej Ibland Oftast
3. Får du urinläckage vid plötslig fysisk ansträngning? Ja Även vid andra tillfällen
4. Läcker du i samband med ansträngning eller direkt efter? Ja Direkt efter
5. Hur stor mängd brukar avgå? Liten Måttlig Stor
6. Kan du viljemässigt avbryta strålen? Ja Nej
7. Har du svårt att tömma blåsan? Nej Ja
8. Känner du starkt kissbehov vid stressiga situationer eller nervositet? Nej Viss tendens Ja
9. Hur många gånger per dygn måste du kasta vatten? Högst 5 ggr 6-7 ggr Fler än 7 ggr
10. Hur många gånger per natt måste du kasta vatten? 0-1 ggr 2-3 ggr Fler än 4 ggr
11. Har du haft urinvägsinfektion som krävt behandling? 0-1 ggr över 2 ggr Kronisk infektion

Följande frågor kan vara till ytterligare hjälp vid utredning av inkontinensstyp

Ålder? _____ Antal förlossningar? _____ Datum för senaste mens? _____

Har du genomgått någon operation i underlivet? _____

Har du behandlats för någon annan sjukdom? _____

Vätskeintag per dag? _____ dl

Intar du någon medicin? _____

eller hormonpreparat (tablett/plåster/gel)? Ja Nej

lokalbehandling med kräm/vagitorier/v aginaltablett? Ja Nej

Hur lång tid har du haft trängnings- eller inkontinensproblem?

Mindre än 6 mån 1-5 år Mer än 5 år

Datum: _____ 1:a besök återbesök