

## 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