

1A _ PATIENTSKEMA til patienter med urininkontinens og/eller nedsynkning af underlivet**FØR**

CPR nr. _____ Alder _____

Efternavn(e) _____

Fornavn(e) _____

Mobilnr. _____

Dette skema omhandler både urininkontinens og nedsynkning af underlivet. Du bedes besvare alle spørgsmål ved at sætte kryds i felterne.

Din besvarelse er et vigtigt redskab til, at vi på bedst mulig måde kan hjælpe dig, og så vi senere kan kontrollere om behandlingen har hjulpet.

Dine svar registreres derfor og indgår i afdelingens bestræbelser på, at kvaliteten af behandlingen kan blive så god som mulig.

Dato: _____

Vægt: |__|__|__| kg Højde: |__|__|__| cm

FØDSLER

Hvor mange børn har du født? _____

Har du fået lavet kejsersnit? Ja _____ Nej _____

Hvis ja, hvor mange gange: _____

TIDLIGERE OPERATIONER FOR NEDSYNKNING

Har du fået fjernet livmoderen (uanset årsagen)? Ja _____ Nej _____ Ved ikke _____

Er du tidligere opereret for nedsynkning? Ja _____ Nej _____ Ved ikke _____

Hvis ja, hvor mange gange: _____

TIDLIGERE OPERATIONER FOR INKONTINENS

Er du tidligere opereret for urin-inkontinens? Ja _____ Nej _____ Ved ikke _____

Hvis ja, hvor mange gange: _____

TOBAK OG ALKOHOL FORBRUG

Ryger du cigaretter? Nej, har aldrig røget _____ Nej, er holdt op _____ Ja _____ stk. om dagen

Drikker du øl, vin eller spiritus? Nej _____ Ja _____ genstande om ugen

(1 genstand svarer til 1 almindelig øl, et glas vin eller en snaps)

De følgende spørgsmål bedes besvaret ud fra hvordan du i gennemsnit har haft det inden for de seneste fire uger

NEDSYNKNINGSSYMPTOMER

A. Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule i/eller uden for skeden?

0 ____ nej 1 ____ ja, mindre end en gang om måneden 2 ____ ja, en til fire gange om måneden
3 ____ ja, en til flere gange om ugen 4 ____ ja, en til flere gange i døgnet

a Hvis ja, hvor meget generer det dig?

0 ____ slet ikke 1 ____ lidt 2 ____ noget 3 ____ meget

B. Generelt, hvor meget påvirker nedsykningsalt i alt dit daglige liv?

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		slet ikke								en hel del

URIN-INKONTINENS

A. Hvor tit lækker du urin? Sæt ét kryds:

0 ____ aldrig 1 ____ ca. 1 gang om ugen eller mindre 2 ____ 2-3 gange om ugen
3 ____ ca. 1 gang dagligt 4 ____ flere gange om dagen 5 ____ hele tiden

B. Vi vil gerne vide, hvor stor en mængde urin du tror, du lækker. Du skal sætte kryds ud for den rubrik der svarer til den mængde du oftest lækker (hvad enten du benytter beskyttelse eller ej)? Sæt kryds i én boks:

0 ____ ingen 2 ____ en lille mængde 4 ____ en moderat mængde 6 ____ en stor mængde

C. Hvor meget generer urinlækagen dig i din dagligdag?

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		slet ikke								en hel del

D. Hvornår lækker du urin? (Sæt kryds i alle de bokse, som passer på dig)

0 ____ lækker aldrig urin 1 ____ lækker før jeg kan nå på toilettet 2 ____ lækker når jeg hoster eller nyser
3 ____ lækker når jeg sover 4 ____ lækker når jeg er fysisk aktiv
5 ____ lækker når jeg er færdig med at lade vandet og har fået tøj på 6 ____ lækker uden nogen som helst grund
7 ____ lækker hele tiden

Tak for din besvarelse!