

# **PATIENTSKEMA**

*til patienter med urininkontinens og/eller  
nedsynkning af underlivet*

**FØR**

**CPR nr.** \_\_\_\_\_ **Alder** \_\_\_\_\_

**Efternavn(e)** \_\_\_\_\_

**Fornavn(e)** \_\_\_\_\_

**Mobilnr.** \_\_\_\_\_

Skema 1A



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?

Antal \_\_\_\_\_

Har du fået lavet kejsersnit?

Ja Antal gange \_\_\_\_\_

Nej

### ❖ 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

Ryger du cigaretter?

Nej, har aldrig røget

Nej, er holdt op

Ja \_\_\_\_\_ cigaretter om dagen

### ❖ ALKOHOL

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

### ❖ NEDSYNKNINGSSYMTOMER

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

<sub>0</sub> nej

<sub>1</sub> ja, mindre end en gang om måneden

<sub>2</sub> ja, en til fire gange om måneden

<sub>3</sub> ja, en til flere gange om ugen

<sub>4</sub> ja, en til flere gange i døgnet

a. Hvis ja, hvor meget generer det dig?

<sub>0</sub> slet ikke

<sub>1</sub> lidt

<sub>2</sub> noget

<sub>3</sub> meget

B. Generelt, hvor meget påvirker nedsynkning alt 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 kryds i én boks

<sub>0</sub> aldrig

<sub>1</sub> ca. 1 gang om ugen eller mindre

<sub>2</sub> 2-3 gange om ugen

<sub>3</sub> ca. 1 gang dagligt

<sub>4</sub> flere gange om dagen

<sub>5</sub> 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

<sub>0</sub> ingen

<sub>2</sub> en lille mængde

<sub>4</sub> en moderat mængde

<sub>6</sub> en stor mængde

C. Hvor meget generer urinlækagen dig i din dagligdag?

(Venligst indram ét af numrene mellem 0 (overhovedet ikke) og 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)

<sub>0</sub> lækker aldrig urin

<sub>1</sub> lækker før jeg kan nå på toilettet

<sub>2</sub> lækker når jeg hoster eller nyser

<sub>3</sub> lækker når jeg sover

<sub>4</sub> lækker når jeg er fysisk aktiv

<sub>5</sub> lækker når jeg er færdig med at lade vandet og har fået tøj på

<sub>6</sub> lækker uden nogen som helst grund

<sub>7</sub> lækker hele tiden

**Tak for din besvarelse!**