

Blankett för utredning av urininkontinens

Datum _____

Namn _____ Problemet förekommit under _____ månader / år

Personbeteckning _____ Längd _____ Vikt _____ Ålder _____

Kryssa i lämpligt alternativ

0

1

2

- | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Förekommer det urininkontinens utan ansträngning och oberoende av ställningen (t.ex. vid liggande)? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 2. Förekommer det urininkontinens vid mycket liten ansträngning (t.ex. när du reser dig upp att stå)? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 3. Förekommer det urininkontinens plötsligt vid kraftig ansträngning (t.ex. när du nyser, hostar eller springer)? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 4. Stör symptomen i dina dagliga sysslor (butiksbesök, matlagning, städning)? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 5. Stör symptomen i ditt förvärvsarbete (kundbetjäning, uträttande av arbete)? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 6. Är du rädd för att andra skall märka lukten och vätan av urininkontinensen? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 7. Stör symptomen dina fritidsverksamheter och intressen (motion, sociala relationer, teaterbesök osv)? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 8. Stör symptomen ditt könsliv? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 9. Blir dina yttre könsorgan irriterade? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 10. Är du tvungen att använda bindor eller blöja? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |

Instruktioner för läkare

Besvärsgrebsblankett

För att definiera besvärsgrebsgraden i procent:

- Summera poängen för de ikryssade svaren
- Dividera summan med antalet besvarade frågor
- Multiplicera resultatet med 50

T.ex. summa av poängen 15, antalet besvarade frågor 10 → $15/10 \times 50 = 75 \%$