

## 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 (butikbesök, matlagning, städning)?                                      | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ibland | <input type="checkbox"/> mycket ofta |
| 5. Stör symptomen i ditt förvärvsarbete (kundbetjäning, utträttande 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 |

(Lähde: Mäkinen J, Kujansuu E, Nilsson CG, Penttinen J, Korhonen M. Virtsainkontinenssin arviointi ja hoito perusterveydenhoidossa. Suom Lääkäril 1992;47:2373-5)



## 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 →  $15/10 \times 50 = 75 \%$