|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AnamnesformulärInkontinensutredning kvinnor |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Datum

Namn

Personnummer

Adress

Telefon

Ev. yrke

Längd Vikt

Samtycke:

Ja, till att ta del av sammanhållen journal

Nej, till att ta del av sammanhållen journal

1. Vilka är dina förväntningar och vad är ditt mål med vård och behandling för dina urinbesvär?
2. Hur länge har du haft besvär med urininkontinens?
3. Kom dessa urinbesvär plötsligt eller smygande?
4. Har besvären ökat succesivt eller har de varit konstanta?
5. Upplever du någon smärta i nedre delen av buken?
6. Använder du inkontinenshjälpmedel i dag? Ja Nej

Om Ja, vilket/vilka?

1. Tycker du att dina hjälpmedel fungerar? Ja Nej

Om Nej, vad är det som inte fungerar?

1. Hur många gånger behöver du kissa på ett dygn?
2. Kissar du på natten? Ja Nej Ibland

Om Ja, antal gånger

1. Anser du att det stör din sömn? Ja Nej
2. Gör det ont när du kissar? Ja Nej

**Läckage**

Trängning = att känna sig kraftigt kissnödig

1. Besväras du av trängningar före läckage? Ja Nej
2. Får du urinläckage vid fysisk ansträngning? (t ex nysning, hosta, hopp, skratt eller lyft?) Ja Nej
3. Läcker du i samband med ansträngning eller direkt efter? Ja Nej
4. Om du har läckage, hur stor mängd läcker du? (t ex: hela blåsinnehållet, skvätt, dropp)
5. Kan du viljemässigt avbryta strålen? Ja Nej
6. När du kissat färdigt, känns det då som om blåsan är tom? Ja Nej
7. Känner du ett starkt behov av att kissa vid stress eller när du är nervös?

Ja Viss tendens Nej

**Trängningar men ej läckage**

1. Har du täta trängningar utan läckage? Ja Nej
2. Har du svårt att klara dig fram till toaletten? Ja Ibland Nej
3. Blir trängningarna värre vid kyla? Ja Nej

**Tömningsbesvär**

1. Upplever du att det finns urin kvar efter toalettbesöket?

Ja Ibland Nej

1. Måste du krysta för att kunna kissa? Ja Ibland Nej
2. Har du svårt att börja kissa? Ja Ibland Nej
3. Är urinstrålen svag? Ja Ibland Nej
4. Droppar det efter du har kissat klart? Ja Ibland Nej

**Allmänt**

1. Har du genomgått någon operation i underlivet/bäckenområdet? (t ex underlivs-, höft- eller tarmoperation, genomgått omskärelse) Ja Nej

Om Ja, vilken/vilka/ när?

1. Har/haft någon av följande sjukdomar? diabetes, hjärtsjukdom, lungsjukdom, stroke, diskbråck, neurologisk sjukdom, cancer Ja Nej

Om ja, vilken/vilka?

1. Använder du läkemedel? Ja Nej

Om ja, vilket/vilka?

1. Har du ryggbesvär? Ja Nej

Om Ja, på vilket sätt, hur då?

1. Har du behandlats för urinvägsinfektion de senaste åren? Ja Nej

Om Ja, hur många gånger har det krävts behandling?

1. Har du haft kateter någon gång? Ja Nej

Om Ja, hur många gånger?

1. Har du genomgått förlossning? Ja Nej

Om Ja, hur många?

1. Vaginal eller kejsarsnitt?
2. Komplikationer?
3. När var din senaste menstruation?
4. Använder du östrogen? Ja Nej

Om Ja, Preparat och dos?

1. Använder du vagitorier? Ja Nej
2. När gjordes en gyn undersökning senast?
3. Tränar du bäckenbotten sedan tidigare? Ja Nej
4. Har du någon allergi? Ja Nej

Om ja, vilken och eventuell behandling

1. Hur många glas alkohol dricker du varje vecka?

- Inga alls (eller mindre än 1 glas varje vecka)

- 1-4 glas varje vecka

- 5-9 glas varje vecka

- 10-14 glas varje vecka

- fler än 14 glas varje vecka



1. Röker du? Ja Nej

Om Ja, Hur många cigaretter/dag?

**Besvär med avföringen**

1. Har du besvär med avföringen? Ja Nej
2. Har du svårt att hålla tätt? Ja Nej
3. Hur ofta tömmer du tarmen? gånger/dygn gånger/vecka
4. Har du besvär med tarmens funktion? Ja Nej

Om Ja, på vilket sätt? Förstoppning, diarré, gaser, läckage, svårt hålla ändtarmsöppningen ren, annat?

1. Har du haft bekymmer med hemorrojder? Ja Nej

**Livskvalitet**

1. Påverkar dina besvär med inkontinens ditt liv? Ja Nej

Om Ja, hur?

Minskad fysisk aktivitet Ja Nej

Minskad allmän fritidssysselsättning som t ex gå på bio eller i affären Ja Nej

Minskat socialt umgänge Ja Nej

Minskat samliv Ja Nej

Minskad sömn Ja Nej

Begränsad i vardagen och planerade toalettbesök Ja Nej

Upplever skam och genans Ja Nej

Annat