



**Läckage**

1. Besväras du av trängningar före läckage?  Ja  Nej
2. Har du läckage vid fysisk ansträngning t ex nysning, hosta, hopp, skratt eller lyft?  Ja  Nej
3. Hur stor mängd läcker du?  
 Hela blåsinnehållet  Skvätt  Dropp
4. Hinner du på toaletten i tid?  
 Ja  Nej  Ibland
5. Kissar du nattetid?  Ja  Nej
6. Gör det ont när du kissar?  Ja  Nej
7. Kan du stänga av strålen?  Ja  Nej
8. När du kissat färdigt, känns det som om blåsan är tom?  Ja  Nej
9. Känner du ett starkt behov av att kissa vid stress eller när du är nervös?  Ja  Viss tendens  Nej
10. Har problemet kommit hastigt?  Ja  Nej
11. När märkte du det första gången? .....

Kryss i kolumn till vänster tyder på trängningsinkontinens. Kryss i kolumn till höger tyder på ansträngningsinkontinens.

**Trängningar men ej läckage**

1. Har du besvär av täta trängningar utan läckage under dagen?  Ja  Nej
2. Har du besvär av täta trängningar utan läckage under natten?  Ja  Nej
3. Har du svårt att klara dig fram till toaletten (handtagsfenomenet)?  Ja  Nej
4. Blir trängningarna värre vid kyla?  Ja  Nej

**Tömningsbesvär**

- |   | Ja                       | Nej                      | Ibland                   |  | Ja                       | Nej                      | Ibland                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du svårt att tömma blåsan?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Kissar du på natten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Är urinstrålen svag?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Droppar det efter att du har kissat?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Måste du krysta för att kunna kissa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Känns det som om det finns urin kvar i blåsan efter toalettbesöket? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du svårt för att börja kissa?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |

**Livskvalitet**

1. Markera med ett kryss på linjen hur du upplever dina besvär.

Marginella \_\_\_\_\_ Outhärdliga

2. Hur har dina urinvägsbesvär påverkat ditt liv?

- a) Minskad fysisk aktivitet  Ja  Nej
- b) Minskad allmän aktivitet (gå i affärer, på bio, gymnastisera m.m.)  Ja  Nej
- c) Minskat socialt umgänge  Ja  Nej
- d) Minskat samliv  Ja  Nej
- e) Minskad sömn  Ja  Nej

f) På annat sätt, nämligen .....

.....