

Frågeformulär vid urinläckage hos kvinnor

Datum:

Namn:

Födelsedata:

1. Hur gammal är Du?år

2. Hur mycket väger Du?kg

3. Hur lång är Du?cm

4. Besvär av ofrivilligt urinläckage – hur länge? Mindre än ett år
1 – 5 år
6 – 10 år
Mer än 10 år

5. Typ av läckage?
Urinläckage i samband med ansträngning (lyft, hopp) ?
Urinläckage i samband med starka trängningar?
Urinläckage både vid ansträngning och täta trängningar?

6. Hur ofta läcker Du? Dagligen
Minst en gång per vecka

7. Vid vilka tillfällen läcker Du?

8. Hur besvärande är urinläckaget? (sätt ett X på skalan)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mycket
besvärande besvärande

9. Avstår Du från någon/några aktiviteter på grund av Ditt urinläckage? (t.ex. jogging, gymnastik, teater, resor, sexuellt umgänge)

Ja

Nej

Om ja; vilka?

.....
.....

Fysiskt arbete och fritidsintressen. T.ex. :

10. Har Du genomgått någon underlivsoperation? Om ja, vilka?

.....

11. Har Du fött barn? Nej

Ja Antal och år

Om Ja Normal förlossning Kejsarsnitt Sugklocka
Stora bristningar Barn > 4,5 kg

12. Använder Du något inkontinensskydd? Ja Nej

Om Ja Trosskydd

Binda/blöja

Hur många per dag

13. Använder Du några läkemedel? Ange vilka! (inkl p-piller , östrogener)

.....

14. Har Du svårt att hålla tätt vad gäller avföring? Nej
Ibland
Ja

15. Lider Du av förstoppning? Nej
Ibland
Ja

16. Har Du menstruationer? Nej
Ja

Om nej, ungefär hur många år sedan sista mens? cirkaår sedan

17. Besväras Du av sköra slemhinnor i underlivet? Nej
Ja

18. Behöver Du gå upp och kissa på natten? Nej
Ja

Om ja hur ofta

19. Har Du läckage nattetid? Ja Nej

20. Lider Du av någon kronisk sjukdom? (kronisk hosta, diabetes, neurologisk sjukdom)

.....

.....

21. Övrigt. (Beskriv gärna inkontinensbesvären) skriv på baksidan av detta papper