



SYMPTOMFÖRFRÅGAN - INKONTINENS

Namn	Personsignum	Datum
------	--------------	-------

1. LIDER DU AV URININKONTINENS? Ja: _____ Nej: _____

Besvara nedanstående frågor genom att **ringa in** svaret.

	0	1	2
Hur många gånger urinerar du under ett dygn?	5-7	8-10	11-
Hur många gånger är du tvungen att stiga upp på natten för att urinera?	0-1	2-3	4-
Känns det som att det blir kvar urin i blåsan efter att du urinerat?	Nej	Ibland	Ofta
Orsakar stress eller anspänning urineringstvång?	Nej	Lindrigt	Kraftigt
Läcker urin vid ansträngning (t.ex. när du hostar)?	Ja	Ibland	Ja, men även annars
Läcker urin direkt vid ansträngningen?	Ja	Vet inte	Efter ansträngning
Känner du ett urineringsbehov före läckaget?	Nej	Ibland	Ofta
Hur mycket urin läcker det på en gång?	Droppar	En skvätt	Urinen börjar rinna
Kan du avbryta urineringen?	Ja	Rätt bra	Nej
Har du haft urinvägsinfektioner under de senaste 2 åren? Hur många gånger?	Nej	1-2	3 eller fler

Differentieringsdiagnos (läkaren antecknar): >8 instabil blåsa, <6 ansträngningsinkontinens **Resultat:** _____

	0	1	2
Läcker urin utan ansträngning och oberoende av ställningen (t.ex. vid liggande)?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Läcker urin vid mycket liten ansträngning (t.ex. när du reser dig upp för att stå)?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Läcker urin vid plötslig kraftig ansträngning (t.ex. när du nyser)?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Stör symtomen dina dagliga sysslor?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Stör symtomen ditt förvärvsarbete?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Är du rädd för att andra skall märka lukten och vätan av inkontinensen?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Stör symtomen dina fritidsaktiviteter?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Stör symtomen ditt samliv?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Blir dina yttre organ irriterade?	Nej	Ibland	Mycket ofta
Är du tvungen att använda bindor eller blöja?	Nej	Ibland	Mycket ofta

Invalidetsgrad (läkaren antecknar): >10 betydande men, <5 intensivbehandling ej befogad **Resultat:** _____

Hur mycket besvärar urininkontinensen dig? Anteckna ett kryss (X) på linjen.

Inte alls ----- **Synnerligen mycket**

2. LIDER DU AV AVFÖRINGSINKONTINENS?

Ja _____ Nej _____

Besvara nedanstående frågor genom att kryssa (X) för lämpligt ställe.

	Aldrig (0)	Mindre än 1 gång i månad (1)	Varje månad (2)	Varje vecka (3)	Dagligen (5)
Läcker fast avföring?					
Läcker lös avföring?					
Läcker det luft?					
Använder du trosskydd p.g.a. avföringsinkontinensen?					
Stör avföringsinkontinensen din livskvalitet och ditt sociala liv?					

Wexner klass (läkaren antecknar): ≥ 9 försämrar livskvaliteten**Resultat:** _____**Hur mycket besvärar avföringsinkontinensen dig?** Anteckna ett kryss (X) på linjen.

Inte alls -----Synnerligen mycket

3. LIDER DU AV FÖRSTOPPNING ELLER SVÅRIGHET ATT TÖMMA TARMEN? Ja ____ Nej ____

Besvara nedanstående frågor genom att kryssa (X) för lämpligt ställe.

	Ja	Nej		Ja	Nej
Jag tömmer tarmen mindre än 3ggr i veckan			Jag är tvungen att anstränga mig kraftigt vid tarmtömningen		
Jag använder laxermedel			Jag har en känsla av ett hinder när jag försöker tömma tarmen		
Min avföring är hård			Jag är tvungen att tömma tarmen flera gånger efter varandra och det blir kvar avföring i ändtarmen		
Jag upplever inte känslan av tarmtömningsbehov			Jag är tvungen att med fingrarna pressa mot ändtarmen eller hjälpa till att avlägsna avföring		

Drossman kriterium posit. (läkaren antecknar): tarmtömning $\leq 3x$ dygn +/- ansträngning $\frac{1}{4}$ av tiden för tarmtömningen**Resultat:** _____**Hur mycket besvärar förstoppningen/ svårigheten att tömma tarmen dig?**

Anteckna ett kryss (X) på linjen.

Inte alls -----Synnerligen mycket

4. BESVÄRAR FUNKTIONSSTÖRNINGARNA I BÄCKENBOTTEN DITT SAMLIV?

Ja: _____ Nej: _____ Jag vill inte att saken skall tas upp: _____

5. HAR DU PROLAPS/ FRAMFALL? Ja: _____ Nej: _____**MITT MEST BETYDANDE PROBLEM ÄR (ringa in)**

Urininkontinens	Avföringsinkontinens	Förstoppning eller svårighet med tarmtömningen	Prolaps/Framfall
-----------------	----------------------	--	------------------