

Skema 1 – Patientskema

CPR nr. _____ Alder _____

Efternavn(e) _____

Fornavn(e) _____

Mobilnr. _____

Dette skema omhandler både urininkontinens og nedsynkning af underlivet. Du bedes besvare alle spørgsmål ved at sætte kryds i felterne.

Din besvarelse er et vigtigt redskab til, at vi på bedst mulig måde kan hjælpe dig, og så vi senere kan kontrollere om behandlingen har hjulpet.

Dine svar registreres derfor og indgår i afdelingens bestræbelser på, at kvaliteten af behandlingen kan blive så god som mulig.

Dato*: _____

Vægt*: |__|__|__| kg Højde*: |__|__|__| cm

FØDSLER

Hvor mange gange har du født gennem skeden? (en tvillingefødsel regnes som én fødsel) * _____

Har du fået lavet kejsersnit? Ja* _____ Nej _____

Hvis ja, hvor mange gange*: _____

Rygning*

Ryger _____ Tidligere ryger _____ Aldrig ryger _____

Alkohol

Er alkoholforbrug kendt?*

Ja _____

Nej _____

Alkohol

0-10 genstande pr. uge _____

Over 10 genstande pr. uge _____

(1 genstand svarer til 1 almindelig øl, et glas vin eller en snaps)

NEDSYNKNINGSSYMTOMER

De følgende spørgsmål bedes besvaret ud fra hvordan du i gennemsnit har haft det inden for de seneste fire uger

A. Mærker du en udfyldning eller bule, der kommer ud af din skede, så den kan føles eller ses uden for skeden?*

_____ nej _____ ja, mindre end en gang om måneden _____ ja, en til fire gange om måneden

_____ ja, en til flere gange om ugen _____ ja, en til flere gange i døgnet

a Hvis ja, hvor meget generer det dig?

_____ slet ikke _____ lidt _____ noget _____ meget

b. Generelt, hvor meget påvirker nedsynkning alt i alt dit daglige liv?

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
slet ikke					en hel del					

URIN-INKONTINENS

a. Hvor tit lækker du urin? Sæt ét kryds:

_____ aldrig _____ ca. 1 gang om ugen eller mindre _____ 2-3 gange om ugen

_____ ca. 1 gang dagligt _____ flere gange om dagen _____ hele tiden

b. Vi vil gerne vide, hvor stor en mængde urin du tror, du lækker. Du skal sætte kryds ud for den rubrik der svarer til den mængde du oftest lækker (hvad enten du benytter beskyttelse eller ej)? Sæt kryds i én boks:

_____ ingen _____ en lille mængde _____ en moderat mængde _____ en stor mængde

c. Hvor meget generer urinlækagen dig i din dagligdag?

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
slet ikke					en hel del					

d. Hvornår lækker du urin? (Sæt kryds i alle de bokse, som passer på dig)

_____ lækker aldrig urin _____ lækker før jeg kan nå på toilettet _____ lækker når jeg hoster eller nyser

_____ lækker når jeg sover _____ lækker når jeg er fysisk aktiv

_____ lækker når jeg er færdig med at lade vandet og har fået tøj på _____ lækker uden nogen som helst grund _____ Lækker hele tiden

Underlivets funktion

A. Er du nødt til at føre en finger op i skeden for at få tømt tarmen?*

Ja _____

Nej _____

a. Hvor meget generer det dig?*

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
slet ikke							en hel del			

B. Føler du, at din skede er for snæver?*

Ja _____

Nej _____

b. Hvor meget generer det dig?*

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
slet ikke							en hel del			

C. Er dit sexliv påvirket af bekymringer omkring forholdene i din skede?*

Ja _____

Nej _____

c. Hvor meget generer det dig?

Sæt ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
slet ikke							en hel del			

Tak for din besvarelse!