

Namn

Personnummer

Datum

Anamnes blåsa

Allmän anamnes

1. Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?

Diabetes Hjärtsjukdom Lungsjukdom Stroke Neurologisk sjukdom (ex. MS, Parkinson, Diskbråck)

Andra sjukdomar? _____

2. Har du genomgått någon operation i bäckenområdet? (ex tarm-, höft-, prostata- eller gynekologisk operation)

3. Tar du läkemedel?

Ja Nej

Vilka? _____

4. Har du haft flera urinvägsinfektioner de senaste två åren?

Ja Nej

Om Ja, när var den senaste? _____

5. Håller du någon diet?

Ja Nej

Om Ja, vilken? _____

6. Röker du?

Ja Nej

7. Hur mycket väger du? _____ kg. Hur lång är du? _____ cm

8. Hur ser din livssituation ut?



9. Har du svårt att gå till toaletten på grund av något funktionshinder?

Ja Nej

Om Ja beskriv problemet. _____

Kvinnor

10. Har du regelbundna menstruationer?

Ja Nej

När slutade du menstruera? _____

11. Om du fött barn, när var det? _____

Några komplikationer? Ja Nej

Om Ja, vilka? _____

12. Har du några gynekologiska besvär?

Ja Nej

Om Ja, vilka? _____

13. När gjordes gynekologisk undersökning senast? _____

Visade undersökningen något problem? Ja Nej

Om Ja, beskriv problemet? _____

14. Använder du östrogen mot sköra slemhinnor? Ja Nej

Män

15. Har du genomgått undersökning av prostatakörteln? Ja Nej

Om Ja, visade undersökningen några problem? _____

16. Hur ofta tömmer du urinblåsan? Dag _____ gånger Natt _____ gånger

17. Har du trängningar - plötsligt påkommet? Ja Nej



18. Har du urinläckage? Ja Nej

Om Ja, vid vilka tillfällen? _____

Om Ja, hur mycket? _____

19. Har du besvär att tömma blåsan?

Ja Nej

Om Ja, ange vilka besvär.

- Svårt att starta urineringen?
- Krystar för att tömma blåsan?
- Trycker över blåsan eller annat ställe?
- Urinen kommer i portioner?
- Svag stråle?
- Efterdropp?
- Smärta vid urinering?
- Känsla av ofullständig tömning?

20. Har du sett blod i urinen?

Ja Nej

Om Ja, när? Hur ofta? _____

21. Hur länge har du haft urinvägsbesvär? _____

22. Har du sökt vård tidigare för urinvägsbesvär?

Ja Nej

Om Ja, när? Fick du någon behandling? _____

Tarmfunktion

23. Hur ofta tömmer du tarmen?

_____ gånger/dygn _____ gånger/vecka



24. Har du besvär med tarmens funktion?

- Ja Nej

Om Ja ange vilka besvär

- Förstoppning
 Diarré
 Svårt att hålla gaser
 Avföringsläckage
 Svårt att hålla ändtarmsöppningen ren från avföring

25. När började tarmbesvären? _____

26. Har du sökt vård för tarmbesvär?

- Ja Nej

27. Påverkar dina urinbesvär ditt liv när det gäller

- Fysisk aktivitet
 Social aktivitet
 Sexualitet
 Sömn
 Annat, vad? _____

28 Använder du hjälpmedel för urinläckage, tarmläckage eller tömning av blåsa?

- Ja Nej

Om Ja, vilka hjälpmedel? _____

Hur många per dygn? _____

29. Vad är ditt mål med vård och behandling för dina urinvägsbesvär?

