

Namn

Personnummer

Datum

Anamnes – enures

Från och med 5 års ålder

1. Har längd och viktutveckling varit normal? Ja Nej

2. Hur mår barnet i övrigt? Verkar barnet trött eller illamående?

Ja Nej Ibland

3. Har barnet svag urinstråle? Ja Nej Ibland

4. Behöver barnet krysta för att kissa? Ja Nej Ibland

5. Är barnet överdrivet törstigt? Behöver det regelmässigt dricka på natten?

Ja Nej Ibland



6. Hur ofta kissar barnet i sängen?

7. Är lakanet fuktigt eller genomblött? Fuktigt Genomblött

8. Kissar barnet i sängen strax efter sänggåendet eller när som helst under natten?

Efter sänggående När som helst under natten

9. Kissar barnet när som helst under natten? Ja Nej Ibland

10. Vaknar barnet för att gå upp och kissa? Ja Nej Ibland



11. Förekommer läckage eller trängningar dagtid? Ja Nej Ibland

12. Har barnet tidigare varit torrt på natten? Ja Nej

13. Är barnet svårväckt? Ja Nej Ibland

14. Finns tecken på förstoppning? Ja Nej

15. Är barnet besvärat av att kissa i sängen? Ja Nej

