

PATIENTSKEMA

*til patienter med urininkontinens og/eller
nedsynkning af underlivet*

EFTER

CPR nr. _____ Alder _____

Efternavn(e) _____

Fornavn(e) _____

Skema 3A



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 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: _____

Har der været komplikationer til operationen?

(Hvis ja, specificeres dette for lægen)

Ja

Hvis ja, hvilke? _____

Nej

Ved ikke

Er du opereret igen siden sidste indlæggelse?

(Hvis ja, specificeres dette for lægen)

Ja

Hvis ja, for hvad? _____

Nej

Ved ikke

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

❖ NEDSYNKNINGSSYMPTOMER

A. Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule i/eller uden for skeden?

₀ nej

₁ ja, mindre end en gang om måneden

₂ ja, en til fire gange om måneden

₃ ja, en til flere gange om ugen

₄ ja, en til flere gange i døgnet

a. Hvis ja, hvor meget generer det dig?

₀ slet ikke

₁ lidt

₂ noget

₃ 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 kryds i én boks

₀ aldrig

₁ ca. 1 gang om ugen eller mindre

₂ 2-3 gange om ugen

₃ ca. 1 gang dagligt

₄ flere gange om dagen

₅ 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

₀ ingen

₂ en lille mængde

₄ en moderat mængde

₆ en stor mængde

C. Hvor meget generer urinlækagen dig i din dagligdag?

(Venligst indram ét af numrene mellem 0 (overhovedet ikke) til 10 (en hel del))

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

overhovedet ikke

en hel del

D. Hvornår lækker du urin?

(Sæt kryds i alle de bokse, som passer på dig)

₀ lækker aldrig urin

₁ lækker før jeg kan nå på toilettet

₂ lækker når jeg hoster eller nyser

₃ lækker når jeg sover

₄ lækker når jeg er fysisk aktiv

₅ lækker når jeg er færdig med at lade vandet og har fået tøj på

₆ lækker uden nogen som helst grund

₇ lækker hele tiden

Sæt kryds ud for det punkt der bedst beskriver din tilstand nu, sammenlignet med hvordan den var, før du blev opereret.

₀ rigtig meget bedre

₁ meget bedre

₂ lidt bedre

₃ ingen ændring

₄ lidt værre

₅ meget værre

₆ betydelig værre

Har du behov for et kontrolbesøg hos en læge?

Ja

Nej

Oplysninger indsamlet via

selvudfyldt spørgeskema

telefoninterview

personlig samtale

Tak for din besvarelse!