

3A _ PATIENTSKEMA til patienter med urininkontinens og/eller nedsynkning af underlivet

EFTER

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 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, hvilke? _____

Nej _____ Ved ikke _____

Er du opereret igen siden sidste indlæggelse? (Hvis ja, specificeres dette for lægen)

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 ét kryds:

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 stor mængde	2_____ en lille mængde	4_____ en moderat mængde	6_____ 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)

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 grund	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!