



Anamnes – Statusmall

Urininkontinens

Namn	Personnummer
------	--------------

1. Hur länge har du haft urinläckage? <1 år 1-5 år >5år
2. Upplever du det som ett problem? Ja Nej
3. Begränsar läckaget ditt dagliga liv? Ja Nej
4. Läcker du vid **ansträngning**, nysning, hosta etc.? Ja Nej
5. a. Läcker du små mängder? Ja Nej
b. Läcker du större mängder? Ja Nej
6. Känner du starka **trängningar** till vattenkastning? Ja Nej
7. Läcker du i samband med dessa trängningar? Ja Nej
8. Läcker du så att det rinner utefter benen? Ja Nej
9. Läcker du innan du hunnit ända fram till toaletten? Ja Nej
10. Vaknar du av trängningar nattetid? Ja antal _____ Nej
11. Hur ofta läcker du?
a. enstaka tillfällen Ja Nej
b. flera gånger/vecka Ja Nej
c. dagligen Ja Nej
12. Använder du inkontinenshjälpmedel? Ja Nej
Vilket? _____

13. Har du behandlats för urinvägsinfektion senaste året? 0-1 ggr > 2 ggr Kronisk inf.

14. Sjukdomar?

14. Buk- och underlivsoperationer?

15. Urinsticka? _____ P-glukos? _____

16. Avföringsrutiner (konsistens, antal ggr/v)?

17. Läkemedel? _____

18. Östrogenbehandling? Ja Nej
Preparat / Dos? _____



Datum
2009-05-26

Ansvarig sjuksköterska	Datum
-------------------------------	--------------

Blanketten är hämtad från Inkontinenscentrum Västra Götaland