

Namn och personnummer.....

FRÅGEFORMULÄR FÖR URININKONTENENS (ringa in det mest passande alternativet)

1. Läcker du urin?

- | | | | |
|--|----|-----|-------------|
| • när du hostar | | Ja | Nej |
| • när du skrattar | | Ja | Nej |
| • när du går i trappor | Ja | Nej | |
| • när du lyfter tungt (bärkassar t ex) | Ja | Nej | Ej aktuellt |
| • vid sportaktiviteter | Ja | Nej | Ej aktuellt |
| • vid samlag | Ja | Nej | Ej aktuellt |

2. Hur ofta läcker Du urin i samband med fysisk ansträngning, när Du skrattar, hostar eller nyser?

- Aldrig (gå vidare till fråga 4)
- Några gånger i månaden
- Några gånger i veckan
- En gång per dag
- Mer än en gång per dag

3. Hur stor mängd urin läcker Du vanligtvis?

- Droppar/ fuktiga underkläder
- Rinner/ våta underkläder
- Rinner/ går igenom byxor/kjol

4. Hur ofta upplever Du plötsliga trängningar och läcker innan Du hinner till toaletten?

- Aldrig
- Några gånger per månad
- Några gånger per vecka
- En gång per dag
- Mer än en gång per dag

5. Hur stor mängd urin läcker Du innan Du hinner till toaletten?

- Droppar/fuktiga underkläder
- Rinner/ våta underkläder
- Rinner/ går igenom till byxa/kjol

6. Om Du har symptom både som i fråga 2 och fråga 4, vilket lider Du mest av?

- Läckage vid fysisk aktivitet mer än läckage vid trängningar
- Läckage vid trängningar mer än vid fysisk aktivitet
- Lika mycket plågad av läckage vid trängningar som läckage vid fysisk aktivitet

7. Hur ofta måste Du kissa nattetid?

- 0-1 gång/natt
- 2-3 gånger/natt
- 4 gånger eller mer/natt

8. Hur många inkontenensbindor använder Du?

- ingen
- 1-3 per dag
- 4 eller fler per dag
- några per vecka, när jag skall göra något särskilt

9. Hur många gånger har Du fått behandling för blåskatarr det sista året?

- Aldrig
- 1 gång
- 2-3 gånger
- 4 eller flera gånger

10. Hur ofta undviker Du olika aktiviteter för att Du är rädd för att läcka?

- Aldrig eller sällan
- ibland
- ofta
- Alltid

11. Påverkar Ditt urinläckage

• Din fritid?	Ja	Nej	Ej aktuellt
• Ditt familjeliv	Ja	Nej	Ej aktuellt
• Ditt sociala liv?	Ja	Nej	Ej aktuellt
• Dina intressen?	Ja	Nej	Ej aktuellt
• Ditt sexliv?	Ja	Nej	Ej aktuellt
• Din nattsömn?	Ja	Nej	

12. Hur många förlossningar har du genomgått?.....

13. Har du genomgått någon gynekologisk operation?.....
.....

14. Har din mens upphört? I så fall vilket år?.....

15. Vad medicinerar Du för nu?.....
.....

16. Hur mycket väger Du och hur lång är Du?.....
.....

Tack för hjälpen!