

Frågeformulär före behandling • nr 1

Namn..... Dagens datum.....

Personnummer.....

Tel.bostad.....arbete.....mobil.....

Beskriv, med egna ord, hur du upplever dina blåsbesvär.

.....
.....
.....

ViktKg **Längd** cm **BMI**

Använder du tobak: ☐ nej ☐ ja ☐ Snus ☐ Röker hur ofta

Hur ofta tar du alkohol:

☐ Aldrig ☐ < än en gång per månad ☐ varje månad
☐ Varje vecka ☐ Dagligen eller nästan dagligen

Har du sökt hjälp för dessa besvär förut? ☐ ja år..... ☐ nej

Vad hoppas du att vi ska kunna hjälpa dig med när det gäller dina blåsbesvär?

.....
.....

Har du genomgått någon av följande operationer?

- tagit bort livmodern	☐ nej	☐ ja, år.....
- tagit bort äggstockarna	☐ nej	☐ ja, år.....
- opererad pga framfall	☐ nej	☐ ja, år.....
- opererad pga urinläckage	☐ nej	☐ ja, år.....
- övriga operationer i bäckenregionen	☐ nej	☐ ja, år.....

andra operationer, nämligen.....år.....

.....år.....

Har du någon av följande sjukdomar?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - lungsjukdom, astma | ☐ nej | ☐ ja |
| - stroke | ☐ nej | ☐ ja |
| - diabetes | ☐ nej | ☐ ja |
| - diskbråck | ☐ nej | ☐ ja |
| - MS | ☐ nej | ☐ ja |
| - Parkinson | ☐ nej | ☐ ja |
| - urinvägsinfektion senaste året | ☐ nej | ☐ ja |
| - läckage av avföring | ☐ nej | ☐ ja |
| - avföringsbesvär | ☐ nej | ☐ ja, beskriv |

.....
.....

- andra sjukdomar eller besvär.....

Har du fött barn?

☐nej ☐ja

- om ja, vilka årtal.....
- har du haft svåra bristningar i samband med förlossning (ruta) Nej (ruta) ja

Har menstruationerna upphört?

☐nej ☐ja

- om ja, vilket år?.....

**Vilka mediciner tar du? (styrka och mängd).
Ange även eventuell östrogenbehandling**

.....
.....
.....

Besväras du av urinträngningar(= ett starkt och svårkontrollerbart behov av att kissa)?

☐nej ☐ja, sedan hur länge?.....

Besväras du av urinläckage?

☐nej ☐ja, sedan hur länge?.....

Om ja: När inträffar urinläckage?

I samband med urinträngningar (= ett starkt och svårkontrollerbart behov av att kissa)? ☐nej ☐ja

Vid hosta, nysning, skratt? ☐nej ☐ja

Vid kraftig fysisk ansträngning som t ex tunga lyft,
gymnastik, snabba rörelser? ☐nej ☐ja

Vid lättare fysisk ansträngning som t ex när du reser dig, böjer dig framåt
eller vänder dig i sängen? ☐nej ☐ja

När du sover? ☐nej ☐javård

Vid samlag? ☐nej ☐ja

Vid annat tillfälle, när?

Hur ofta inträffar urinläckage när det är som **värst?**

mindre än 1 ggr/vecka ☐
1-3 ggr/vecka ☐
1-2 ggr/dygn ☐
mer än 2 ggr/dygn ☐

Hur många gånger vaknar du för att kissa under natten?.....

Hur många gånger kissar du under dagen?.....

Känns det som om blåsan blir
tom när du kissar? ☐nej ☐ja

Använder du inkontinensskydd på dagen? ☐nej ☐ja

- om ja, vilken **sort**.....**antal**.....

Använder du inkontinensskydd på natten? ☐nej ☐ja

- om ja, vilken **sort**.....**antal**.....

Hur påverkar blåsbesvären ditt liv?

- minskad fysisk aktivitet ☐nej ☐ja
- minskad allmän aktivitet, tex. bio ☐nej ☐ja
- minskat umgänge ☐nej ☐ja
- minskat samliv ☐nej ☐ja ☐ej aktuellt
- minskad sömn ☐nej ☐ja

Om du skulle vara tvungen att leva med dina blåsbesvär som de är nu under
resten av ditt liv, hur skulle du uppleva det?

- mycket nöjd ☐ 0
- nöjd ☐ 1
- tillfredställande ☐ 2
- blandade känslor ☐ 3
- missbelåten ☐ 4
- olycklig ☐ 5
- förfärligt ☐ 6