

Frågeformulär vid uppföljning nr. 2

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

Personnummer.....

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

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)? ja nej

Vid hosta, nysning, skratt? ja nej

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

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

När du sover? ja nej

Vid samlag? ja nej

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?

ja nej

Använder du inkontinensskydd på dagen?

ja nej

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

Använder du inkontinensskydd på natten?

ja nej

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

Hur uppfattar du ditt urinläckage nu, jämfört med före behandlingen?

- helt bra
- mycket bättre
- bättre
- oförändrat
- sämre

Hur påverkar blåsbövesvåren ditt liv?

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

Om du skulle vara tvungen att leva med dina blåsbövesvåren 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