

Frågeformulär vid urinläckage hos män

Datum:

Namn:

Födelsedata:

1. Hur länge har Du haft besvär av ofrivilligt urinläckage?
- | | |
|---------|--------------------------|
| <1 år | <input type="checkbox"/> |
| 1-5 år | <input type="checkbox"/> |
| 6-10 år | <input type="checkbox"/> |
| >10 år | <input type="checkbox"/> |

2. Typ av läckage?
- | | |
|--|--------------------------|
| Läckage i samband med ansträngning | <input type="checkbox"/> |
| Läckage i samband med urinträngning | <input type="checkbox"/> |
| Läckage efter avslutad vattenkastning "efterdropp" | <input type="checkbox"/> |
| Läckage oberoende av ovanstående | <input type="checkbox"/> |

3. Hur ofta läcker Du? Dagligen Minst 1g/vecka

4. Har Du andra vattenkastningsbesvär?
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Svårt att komma igång och kissa | <input type="checkbox"/> |
| Svag stråle | <input type="checkbox"/> |
| Täta trängningar | <input type="checkbox"/> |
| Känsla av att blåsan inte töms helt | <input type="checkbox"/> |

Antal gånger Du kissar per natt

5. Har Du svårt att hålla tätt vad gäller avföring?
- | | |
|--------|--------------------------|
| Nej | <input type="checkbox"/> |
| Ibland | <input type="checkbox"/> |
| Ja | <input type="checkbox"/> |

6. Andra sjukdomar?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Har Du opererats för prostatasjukdom? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Har Du opererats för sjukdom i buken? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Om ja - vilken eller vilka?

- Har Du någon kronisk sjukdom (t ex diabetes, neurologisk sjukdom, hjärtsvikt)?
- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|-----------------------------|

Om ja - vilken eller vilka?

7. Använder Du några läkemedel? Nej Ja

Om ja - vilka?

8. Hur besvärande är urinläckaget? (sätt ett kryss utefter skalan)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls besvärande

Mycket besvärande

Primärvården Örebro läns landsting