Anamnes blåsa – Fullständig version

Namn:	
Personnummer:	
Datum:	

Livsstil och bakgrund

1. Håller du någon diet?
   ☐Ja ☐ Nej

2. Röker du?
   ☐Ja ☐ Nej

3. Har du eller har haft någon av följande sjukdomar?

   ☐Diabetes ☐Hjärtsjukdom ☐Stroke ☐Neurologisk sjukdom (t.ex: MS, Parkinson, Diskbråck)

   Andra sjukdomar?

   _____

4. Har du genomgått någon operation, eller fått strålbehandling i bäckenområdet (tex tarm, höft, prostata eller gynekologiskt)?

   _____

   _____

5. Tar du läkemedel?
   ☐Ja ☐ Nej

   Vilka?

   _____

6. Hur mycket väger du? _____kg

   Hur lång är du? _____ cm

Urinvägar

7. Har du haft flera urinvägsinfektioner de senaste två åren?
   ☐Ja ☐ Nej

   Om Ja, när var den senaste?

   _____

8. Har du svårt att gå till toaletten på grund av någon funktionsnedsättning?
   ☐Ja ☐ Nej
   a. Om ja, beskriv besvären?

   _____

   _____

   _____

9. Hur ofta kissar du?
Dag_____gånger

Natt_____gånger

10. Har du trängningar – plötsligt påkommen kissnödighet?

☐Ja ☐ Nej

11. Har du urinläckage?

☐Ja ☐ Nej

Om ja, vid vilka tillfällen?

12. Har du besvär att tömma blåsan?

☐Ja ☐Nej

Om Ja, ange vilka besvär:

☐Svårt att starta urineringen
☐Krystar för att tömma blåsan
☐Trycker över blåsan eller annat ställe
☐Urinen kommer i portioner
☐Svag stråle
☐Efterdropp
☐Smärta vid urinering
☐Känsla av ofullständig tömning

13. Har du sett blod i urinen?

□ Ja □ Nej

Om Ja, när?

---

14. Hur länge har du haft urinvägsbesvär?

---

15. Har du sökt vård tidigare för urinvägsbesvär?

□ Ja □ Nej

Gynekologi och prostata

16. Har du regelbundna menstruationer?

□Ja □Nej □Ej aktuellt

När slutade du menstruera?

---

17. Om du har fött barn, när var det?

Några komplikationer? □Ja □Nej □Ej aktuellt

Om ja, vilka?

---

18. Har du några gynekologiska besvär?

□Ja □Nej □Ej aktuellt

Om ja, vilka?

---

19. När gjordes gynekologisk undersökning senast?

Visade undersökningen något problem? ☐Ja ☐Nej ☐Ej aktuellt

Om ja, beskriv problemet.

---

20. Använder du östrogen mot sköra slemhinnor?

☐Ja ☐Nej ☐Ej aktuellt

21. Har du genomgått undersökning av prostatakörteln?

☐Ja ☐Nej ☐Ej aktuellt

Om ja, visade undersökningen några problem?

Tarmfunktion

22. Hur ofta tömmer du tarmen?

Gånger/dygn

Gånger/vecka

---

23. Har du besvär med tarmens funktion?

☐Ja ☐Nej

Om Ja, ange vilka besvär:

☐Förstoppning
☐Diarré
☐Svårt att hålla gaser
☐Avföringsläckage
☐Svårt att hålla ändtarmsöppningen ren från avföring

24. När började tarmbesvären?

_____

25. Har du sökt vård för tarmbesvär?
☐Ja ☐Nej
Om Ja, när?

_____

Fick du någon behandling?

_____

Hjälpmedel

26. Använder du hjälpmedel för urinläckage, tarmläckage eller tömning av blåsa?
☐Ja ☐Nej

Om Ja, vad?

_____

Hur många per dygn?

_____

Livskvalitet

27. Påverkar din urin och/eller tarmbesvär din livskvalitet när det gäller fysisk aktivitet?

☐Social aktivitet
☐Sexualitet
☐Sömn

Annat, vad?

_____

_____

_____

_____

28. Vad är ditt mål med vård- och behandling för din blåsdysfunktion?

Uppdaterad 261023