Anamnes blåsa – kort version

Namn:	
Personnummer:	
Datum:	

Urinvägar

1. Har du urinläckage?
   □Ja □ Nej

2. 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

3. Hur ofta kissar du?
   Dag_____gånger

   Natt_____gånger

4. Om du fött barn, när var det? _____
   Några komplikationer? □Ja □ Nej □ Ej aktuellt
   Om ja, vilka?_____

5. Har du några gynekologiska besvär?
   □ Ja □ Nej □ Ej aktuellt
   Om ja, vilka?_____

6. Kvinna: Använder du östrogen mot sköra slemhinnor?
   □Ja □ Nej

   Man: Har du genomgått undersökning av prostatakörteln?
   □Ja □ Nej □ Ej aktuellt

7. Har du sett blod i urinen?
   □ Ja □ Nej
   Om Ja, när?_____

8. Har du haft flera urinvägsinfektioner de senaste två åren?
   □Ja □ Nej
   Om Ja, när var den senaste?_____

9. Hur mycket väger du?_____kg

   Hur lång är du?_____cm

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

    _____

Tarmfunktion

11. Hur ofta tömmer du tarmen?
    Gånger/dygn_____

    Gånger/vecka_____

12. 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

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

    Fick du någon behandling?_____

Livskvalitet

14. Påverkar din urin och/eller tarmbesvär din livskvalitet när det gäller fysisk aktivitet?
    ☐Social aktivitet
    ☐Sexualitet
    ☐Sömn
    Annat, vad?_____

Hjälpmedel

15. Använder du hjälpmedel för urinläckage, tarmläckage eller tömning av blåsa?
    ☐Ja ☐Nej
    Om Ja, vad?_____

    Hur många per dygn?_____

    Uppdaterad 261019