

Norsk kvinnelig inkontinensregister. Spørreskjema for urinlekkasje

Pre- per og postoperativt skjema (registrering før, under og etter behandling)

Navnelapp

Dato for innfylling av skjema _____ NKIR PNR _____

Vær vennlig **besvar alle spørsmål**. De opplysninger som avgis på dette spørreskjema vil bli rapportert til Norsk kvinnelig inkontinensregister. Navn og personnummer overføres ikke. Kun din behandlende lege kjenner din identitet

(kryss av ja, nei eller ikke aktuelt for alle spørsmål under punkt 1)

1. Lekker du urin?

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Når du hoster? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Når du nyser? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Når du ler? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Når du går i trapper? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Når du står opp av sengen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Når du løfter tungt (tunge bæreposer)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | <input type="checkbox"/> ikke aktuelt |
| Ved fysisk aktivitet (løpe for å nå bussen)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | <input type="checkbox"/> ikke aktuelt |
| Ved sportsaktiviteter? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | <input type="checkbox"/> ikke aktuelt |
| Ved samleie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | <input type="checkbox"/> ikke aktuelt |

(Kryss av et alternativ for hver av spørsmålene 2-6)

2. Hvor ofte lekker du urin i forbindelse med fysisk aktivitet, når du ler, hoster eller nyser?

- Aldri
- 1-4 ganger per måned
- 1-6 ganger per uke
- En gang daglig
- Mer enn 1 gang daglig

3. Hvor stor mengde urin lekker du vanligvis ved fysisk aktivitet, når du ler, hoster eller nyser?

- Ingen
- Dråper/fuktig undertøy
- Drypper/vått undertøy
- Renner/går gjennom ytterklær
- Renner nedover bena eller ned på gulvet

4. Hvor ofte opplever du plutselig sterk trang til å late vannet og lekker før du når frem til toalettet?

- Aldri
- 1-4 ganger per måned
- 1-6 ganger per uke
- En gang daglig
- Mer enn 1 gang daglig

5. Hvor stor mengde urin lekker du vanligvis når du har trang til å late vannet og lekker urin før du når frem til toalettet?

- Ingen
- Dråper/fuktig undertøy
- Drypper/vått undertøy
- Renner/går gjennom ytterklær
- Renner nedover bena eller ned på gulvet

6. Dersom du har symptomer både som i spørsmål 2 og spørsmål 4, hva er du mest plaget av?

- Lekkasje ved fysisk aktivitet mer enn lekkasje ved trang
- Lekkasje ved trang mer enn lekkasje ved fysisk aktivitet
- Like mye plaget av lekkasje ved trang som ved fysisk aktivitet
- Har ikke lekkasje hverken som ved spørsmål 2 eller 4

(Kryss av et alternativ for hvert av spørsmålene 7-11)

7. Hvor mange inkontinensbind/truseinnlegg/bleier bruker du?

- ingen 1-3 per uke 4-6 per uke 1-4 daglig mer enn 4 daglig

8. Hvor mange ganger har du fått behandling for blærekatarr de siste 6 måneder?

- ingen 1 gang 2-3 ganger 4 ganger mer enn 4 ganger

Norsk kvinnelig inkontinensregister. Spørreskjema for urinlekkasje

9. Hvor ofte unnlater du aktiviteter (f.eks. en hobby, fysisk trening, eller gå ut) fordi du er redd for å lekke urin?

aldri sjelden av og til ofte alltid

10. Unngår du steder og situasjoner hvor du vet at toalett ikke er lett tilgjengelig?

aldri sjelden av og til ofte alltid

11. Er ditt seksualliv blitt påvirket av ditt lekkasjeprosjekt? (skal besvares før behandling)

upåvirket blitt litt verre blitt mye verre ikke aktuelt

(kryss av ja, nei eller ikke aktuelt for alle spørsmål under punkt 12)

12 Påvirker din urinlekkasje

Dine ferier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt
Ditt familieliv?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt
Ditt sosiale liv (å gå ut, å treffe venner)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt
Din nattesøvn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	

Spørsmål 13, 14 og 15 besvares først etter behandling. NB: Kryss av kun et alternativ.

13. Er ditt seksualliv blitt påvirket av ditt lekkasjeprosjekt? (besvares etter behandling)

ikke aktuelt blitt mye bedre blitt litt bedre uforandret blitt litt verre blitt mye verre

14. Er du fornøyd med resultatet av din behandling for hostelekkasje? (besvares etter behandling)

veldig fornøyd litt fornøyd hverken fornøyd litt misfornøyd veldig misfornøyd
eller misfornøyd

15. For pasienter operert med slynge: Har du hatt langvarige smerter relatert til operasjonen? (Dersom > 3mnd må lege informeres)

Nei eller smerte > 3 mnd smerte > 16 mnd smerte > 3 år Dato smerten startet _____
smerte < 3 mnd

Ikke skriv her. Fylles ut av medisinsk personell

____ Utreder nummer	Operasjonsdato _____	komplikasjon <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ Antall vannlatinger (24 t)	Operatør nr. _____	blæreperforasjon <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ Gjennomsn miksjonsvolum (ml)	Operasjons nr. _____	hematom > 4 cm <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ Lekkasje 24 timers bleietest (g)	Operasjonsnavn _____	overfl sår inf. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ Lekkasje ved stresstest (g)	Operasjon ikke fullført (dato) _____	dyp sår inf. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ Resturin (ml)	Slyngetype _____	just. bånd opr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ maks. flow (ml/s)	Ink. opr. kombinert med opr. for prolapse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	dato just.bånd.opr. _____
____ maks. lukketrykk (cm vann)	Antall tidligere inkont. opr. EGEN avd _____	kateter > 1 uke <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ vekt i kg	NKIR PNR ved siste ink.opr. EGEN avd _____	kateter > 1 mnd <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
____ høyde i cm	Dato hele båndet fjernet _____	tarmperforasjon <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Antall tidligere inkont. opr. ANNEN avd _____	karskade <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Hvilken avd er pas tidligere ink. opr? _____	blødn. > 500 ml <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Uretraskade <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Vaginal erosjon <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Dato opr. erosjon _____
		Cystitt første 2 uker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Dato klipp slynge _____
		Del av båndet fjernet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Dato del bånd fjernet _____

Langtids tømmingsvansker

Kateter > 16 mnd
 Kateter > 3 år

Erosjon til urinveger

Uretraerosjon /skade
 Blæreerosjon / skade
Dato for erosjon operert _____