

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?

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 lekkasje ved aktivitet eller hoste?

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

15. Har du hatt langvarige smerter relatert til operasjonen? (Dersom > 3mnd må lege informeres)

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

Ikke skriv her. Fylles ut av medisinsk personell

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

Langtids tømingsvansker

Kateter > 16 mnd
 Kateter > 3 år

Erosjon til urinveger

Uretraerosjon /skade
 Blæreerosjon / skade
Dato for erosjon operert _____