

Anamnes/Status blåsa/tarm

Namn

Personnummer

Datum

Blåsfunktion

Antal toalettbesök	dag _____	natt _____			
Läckage					
Läckage vid	<input type="checkbox"/> Hosta/nysning	<input type="checkbox"/> Snabba rörelser	<input type="checkbox"/> Lägesändring	<input type="checkbox"/> Trängningar	
Läckagemängd	<input type="checkbox"/> Sparsamt	<input type="checkbox"/> Måttligt	<input type="checkbox"/> Rikligt	<input type="checkbox"/> Ständigt/droppande	
Trängningar					
Trängningar	<input type="checkbox"/> Vid tidsnöd	<input type="checkbox"/> Frekventa	<input type="checkbox"/> Ständiga		
Vid blåstömning					
<input type="checkbox"/> Krystar	<input type="checkbox"/> Kissar i portioner	<input type="checkbox"/> Svag stråle	<input type="checkbox"/> Efterdropp		
<input type="checkbox"/> Komprimerar	<input type="checkbox"/> Smärtor	<input type="checkbox"/> Startsvårigheter	<input type="checkbox"/> Retentionskänsla		
Debut av besvären			Tidigare sökt vård för urinvägsbesvär		

Tarmfunktion

Avföringsfrekvens antal ggr	dygn _____	vecka _____			
Tarmbesvär					
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Smärta				
<input type="checkbox"/> Avföringsläckage	<input type="checkbox"/> Förstoppning				
<input type="checkbox"/> Soiling	<input type="checkbox"/> Stomi				
<input type="checkbox"/> Svårt att hålla gaser					
Debut av besvären			Tidigare sökt vård för urinvägsbesvär		

Hur påverkar dina besvär ditt liv när det gäller

Fysisk aktivitet
Social aktivitet
Samliv
Sömn
Annat

Inkontinenshjälpmedel

Dag	Natt
-----	------

Övriga kommentarer

