

Bäckenbottensymptom



Frågorna avser att undersöka i vilken utsträckning du upplever symptom från bäckenbotten och nedre urinvägarna "Trängning" innebär stark och tvingande känsla av kissnödighet

UDI-Poäng Tot/Irr/Str

Personnummer: _____	<u>NEJ</u>	<u>JA, och det besvärar mig</u>			
		Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
1. Upplever du att du kissar ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du stark känsla av urinträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Upplever du urinläckage vid trängning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Läcker det urin vid fysisk ansträngning, hosta, nysning eller skratt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Läcker urin utan relation till aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Läcker det urin droppvis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Läcker det stora mängder urin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Går du upp på natten för att kissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Upplever du sängvätning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Upplever du svårigheter att tömma blåsan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kan det kännas som om blåsan inte är tömd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Upplever du tryck i nedre delen av buken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kan det göra ont när du kissar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har du värk i underlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur många gånger kissar du vanligtvis på natten (efter sänggående)? ____

Hur många gånger kissar du vanligtvis under dygnets vakna timmar? ____

Hur många läckagetillfällen upplever du per dygn? ____

Måste du bära inkontinensskydd eller trosskydd på grund av urinläckage? ja nej

Hur många gånger brukar du känna urinträngning (stark kissnödighet) under dygnets vakna timmar? ____