

# Spørgeskema til kvinder med ufrivillig vandladning, Klinik for Kvindesygdomme

Navn \_\_\_\_\_

CPR-nummer \_\_\_\_\_

Din læge har henvist dig til undersøgelse for ufrivillig vandladning.

For at kunne stille den rigtige diagnose, er det vigtigt for os at have en del oplysninger. Derfor har vi udarbejdet et spørgeskema, som bl.a. skal belyse, hvor ofte du har ufrivillig vandladning, og i hvilke situationer det optræder. Spørgeskemaet er ment som en hjælp til dig, for at du i ro og fred kan finde frem til de svar, som beskriver dit problem bedst.

Det udfyldte spørgeskema skal du medbringe til den ambulante undersøgelse på hospitalet.

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte:

Kontinenssygeplejerskerne  
Klinik for Kvindesygdomme  
Regionshospitalet Gødstrup  
Telefon 7843 0244 hverdage mellem kl. 8.15 og 8.45

- Hvor længe har du haft vandladningsproblemer? \_\_\_\_\_ år
- Hvor mange gange har du haft blærebetændelse i det sidste år? \_\_\_\_\_
- Hvor ofte er du utæt? *Sæt kryds*  
Er det dagligt?  ugentligt  sjældnere
- Når du er utæt, hvor meget drejer det sig om? *Sæt kryds*  
Er det dråber?  Mere end dråber  En hel vandladning
- Hvor ofte er du oppe om natten? \_\_\_\_\_ gange

**De næste spørgsmål handler om i hvilke situationer, du oplever at blive utæt.**

*Sæt ét kryds for hvert spørgsmål*

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
• Har du ufrivillig vandladning ved fysisk aktivitet som fx hoste, latter, nys, tunge løft og lign.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Skal du skynde dig på toilettet, når du har vandladningstrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Får du somme tider pludselig så stærk vandladningstrang, at du ikke når på toilettet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kan du være utæt, når du sidder i ro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**De næste spørgsmål handler om, hvordan du tømmer blæren, og om du har hudproblemer.**

*Sæt ét kryds for hvert spørgsmål*

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
• Tømmer du blæren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Må du presse på for at få vandladningen i gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Har du hudproblemer som følge af utæthed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bruger du hjælpemidler? *Sæt ét kryds for hvert spørgsmål.***

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
• Bruger du hjælpemidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hvilket hjælpemiddel bruger du? <i>Sæt kryds</i>				
Trusseindlæg <input type="checkbox"/>	Bind <input type="checkbox"/>	Bleer <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	
Hvor mange bruger du?	Dag _____	Nat _____		

**De næste spørgsmål handler om, hvor meget den ufrivillige vandladning påvirker dit sociale liv.**

Sæt ét kryds for hvert spørgsmål.

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig	
Har den ufrivillige vandladning					
• generet i forbindelse med fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• generet når du er på arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• generet når du køber ind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• givet problemer i forhold til at være intim med din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
• generet i forbindelse med samleje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
• været årsag til, at du undgår kontakt med andre mennesker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Er der aktiviteter du undgår på grund af den ufrivillige vandladning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
Hvis Ja, hvilke aktiviteter har du undladt?					
<hr/>					
<hr/>					

**På nedenstående skala skal du forsøge at indtegne din oplevelse af dit vandladningsproblem.**

Det er vigtigt, at du svarer spontant på denne opgave - brug derfor ikke megen tid på at tænke over svaret.

Marker med én cirkel på skalaen.

**Ingen gener**      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10      **Værst tænkelige plage**

**De næste spørgsmål drejer sig om afføringsproblemer. Sæt ét kryds for hvert spørgsmål.**

	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
• Har du forstoppelse? (dvs. har du mindre end 2 afføringer pr. uge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kan du tømme tarmen helt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Har du en fornemmelse af fremfald, når du har afføring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kan du holde på afføring eller luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvis du ikke kan holde på afføring eller luft, bedes du besvare følgende spørgsmål.**

• Hvor ofte har du problem med at holde på afføring?	Er det dagligt <input type="checkbox"/>	ugentligt <input type="checkbox"/>	sjældnere <input type="checkbox"/>
• Hvor ofte har du problem med at holde på luft?	Er det dagligt <input type="checkbox"/>	ugentligt <input type="checkbox"/>	sjældnere <input type="checkbox"/>

**De næste spørgsmål vedrører fødsler samt tidligere behandling for urininkontinens.**

• Hvor mange børn har du født? _____ Hvornår fødte du sidste gang? _____
• Hvor mange fødsler er foregået ved kejsersnit? _____
• Træner du din bækkenbund? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis Ja, hvor ofte _____

**De næste spørgsmål vedrører tidligere behandlinger for ufrivillig vandladning.**

Er du tidligere behandlet for ufrivillig vandladning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis du tidligere har fået behandling for ufrivillig vandladning; så skriv hvilken behandling du har gennemgået og hvornår. _____ _____

**De næste spørgsmål vedrører andre sygdomme og tidligere operationer i underlivet.**

Har du andre sygdomme? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis du andre sygdomme; så skriv hvilke og hvornår de startede. _____ _____
Er du tidligere opereret i underlivet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis du tidligere er opereret i dit underliv; så skriv hvilke operationer du har gennemgået og hvornår. _____ _____