

Spørgeskema

Klinik for Kvindesygdomme

Urogynækologi

Dette spørgeskema skal hjælpe os til at sikre dig en god behandling. Vi har lavet nogle standardspørgsmål, som omhandler væsentlige oplysninger vedrørende de symptomer, du er henvist for. Vi har lavet spørgsmålene således, at de gælder for flere lidelser. Derfor kan skemaet forekomme lidt langt.

Vi vil bede dig om at udfylde skemaet og medbringe det ved undersøgelsen.

Dato for udfyldelse: _____

Cpr.nr. _____ - _____

Navn _____

1. Beskriv med dine egne ord, det problem, som du er henvist for:

2. Fødsler

- 2.1 Hvor mange børn har du født? _____ (skriv antal)
- 2.2 Har du fået lavet kejsersnit? Ja Nej
- Hvis ja, hvor mange gange _____ (skriv antal)

3. Tidligere behandling for symptomer

- 3.1 Har du fået fjernet livmoderen (uanset årsagen)? Ja Nej Ved ikke
- 3.2 Er du tidligere opereret for nedsynkning? Ja Nej Ved ikke

Hvis ja, sæt kryds ud for hvilke operationer:

- Er du opereret for nedsunken blære (cystocele)? Ja (antal gange _____) Nej
- Er du opereret for fremfald af tarmen (rectocele)? Ja (antal gange _____) Nej
- Er du opereret for enterocele? Ja (antal gange _____) Nej
- Er du opereret for nedsunken livmoder? Ja (antal gange _____) Nej

Har du fået anden operation for nedsynkning?

Beskriv: _____

- 3.3 Hvor mange gange har du haft blærebetændelse det sidste år? _____ (antal gange)

Spørgeskema
Klinik for Kvindesygdomme
Urogynækologi

3.4 Hvor længe har du været generet af det du er henvist for ? _____ (år/måneder)

Spørgeskema

Klinik for Kvindesygdomme

Urogynækologi

4. Nedsynkningssymptomer

4.1. Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?

- Nej
 Ja, mindre end én gang om måneden
 Ja, en til fire gange om måneden
 Ja, en til flere gange om ugen
 Ja, en til flere gange i døgnet

Hvis ja, hvor meget genererer det dig?

- Slet ikke Lidt Noget Meget

4.2. Hvor meget påvirker nedsynkning alt i alt dit daglige liv? (sæt én ring om et tal fra 0 - 10):

Slet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Betydeligt

5. Tidligere behandling for inkontinens (ufrivillig vandladning)

5.1. Er du tidligere opereret for urininkontinens? Ja Nej

Hvis ja, hvor mange gange? _____

Hvis ja, hvilke operationer? _____

6. Urininkontinens

6.1.. Hvor ofte lækker du urin (er inkontinent)

- Aldrig
 Højst én gang om ugen eller mindre
 Flere gange om ugen, men ikke dagligt
 Én gang dagligt
 Flere gange dagligt
 Altid

Hvis ja, hvor meget generer det dig?

- Slet ikke Lidt Noget Meget

Hvor meget urin lækker du almindeligvis?

- Ingenting En lille mængde En moderat mængde En stor mængde

6.2. Hvor meget påvirker urinkontinens alt i alt dit daglige liv? (sæt én ring om et tal fra 0 - 10):

Slet ikke 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Betydeligt

Spørgeskema

Klinik for Kvindesygdomme

Urogynækologi

6.3. I hvilke situationer er du urininkontinent?

- Er aldrig inkontinent
- Er inkontinent inden jeg når toilettet
- Er inkontinent når jeg hoster eller nyser
- Er inkontinent når jeg sover
- Er inkontinent når jeg er fysisk aktiv/dyrker sport
- Jeg har efterdryp ved vandladning
- Er inkontinent uden nogen oplagt årsag
- Urinen siver hele tiden

*De næste spørgsmål handler om, hvor meget den ufrivillige vandladning har påvirket dit daglige liv.
(sæt kryds ud for hvert spørgsmål)*

7. Har den ufrivillige vandladning

- | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Generet i forbindelse med fritidsaktiviteter? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| Generet, når du er på arbejde? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| Generet, når du arbejder i hjemmet? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| Generet, når du køber ind? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| Generet i forbindelse med samleje? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| Påvirket din nattesøvn? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |
| Været årsag til, at du undgår kontakt med andre? | <input type="checkbox"/> Altid | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Sjældent | <input type="checkbox"/> Aldrig |

Er der aktiviteter, du undgår på grund af din ufrivillige vandladning? Ja Nej

Hvis ja, hvad har du måtte undlade? _____

8. Afføringsproblemer

8.1. Oplever du problemer med ufrivillig afgang af afføring?

- Nej, aldrig
- Mindre end én gang om måneden
- 1-4 gange om måneden
- 1-6 gange om ugen
- Dagligt

Hvis ja, hvor meget generer det dig?

- Slet ikke Lidt Noget Meget

8.2. Har du fornemmelse af ikke at kunne tømme tarmen?

- Nej, aldrig
- Mindre end én gang om måneden

Spørgeskema

Klinik for Kvindesygdomme

Urogynækologi

1-4 gange om måneden

1-6 gange om ugen

Dagligt

Hvis ja, hvor meget generer det dig?

Slet ikke Lidt Noget Meget

8.3. Skal du presse voldsomt i forbindelse med afføringen?

Nej, aldrig

Mindre end én gang om måneden

1-4 gange om måneden

1-6 gange om ugen

Dagligt

Hvis ja, hvor meget generer det dig?

Slet ikke Lidt Noget Meget

8.4. Er det nødvendigt for dig at hjælpe afføringen ud med fingeren?

Nej, aldrig

Mindre end én gang om måneden

1-4 gange om måneden

1-6 gange om ugen

Dagligt

Hvis ja, hvor meget generer det dig?

Slet ikke Lidt Noget Meget

9. Seksuelle spørgsmål

9.1. Har du et seksuelt samliv?

Ja Nej

Hvis du har et seksuelt samliv, har du så smerter ved samleje?

Nej, aldrig

Ja, men sjældent

Ja ofte, men ikke hver gang

Ja hver gang jeg har samleje

Hvis ja, hvor meget generer det dig?

Slet ikke Lidt Noget Meget

9.2. Er dit seksuelle samliv ophørt på grund af smerter?

Ja Nej

Spørgeskema
Klinik for Kvindesygdomme
Urogynækologi

Tak for besvarelsen

Personalet, Klinik for Kvindesygdomme
Regionshospitalet Horsens