

# 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 \_\_\_\_\_

Vennligst besvar alle spørsmålene før skjemaet sendes til sykehuset. Svarene dine vil gi lege/sykepleier nødvendig informasjon i forbindelse med din behandling. De opplysninger som avgis på dette spørreskjema vil bli rapportert til Norsk kvinnelig inkontinensregister. Navn og personnummer overføres ikke.

**(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 2-11**)

### 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 urin 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 verken som ved spørsmål 2 eller 4

### 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/urinveisinfeksjon 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: Spørsmål 13 og 14 - kryss av kun et alternativ.

13. Er ditt seksualliv blitt endret etter behandling 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 eller misfornøyd  Litt misfornøyd  Veldig misfornøyd

15. Har du hatt langvarige smerter relatert til operasjonen? (Ved fortsatte smerter bør du kontakte lege)

Nei eller smerte mindre enn 3 mnd  Smerte lengre enn eller start etter 3 mnd  Dato smerten startet \_\_\_\_\_  Smertefri nå  Fortsatt smerte

## 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

### Smerter relatert til operasjon

Smerte mindre enn 3 mnd  Smerte > / start etter 3 mnd Dato smerten startet \_\_\_\_\_  
 Smertefri nå  Fortsatt smerte \_\_\_\_\_  
 Smerte relatert \_\_\_\_ja\_\_\_\_nei Smertens betydning (1-5)\* \_\_\_\_\_

### Langtids tømmingsvansker

Kateter > 16 mnd  
 Kateter > 3 år

### Erosjon til urinveger

Uretraerosjon /skade  
 Blæreerosjon / skade  
 Dato for erosjon operert \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_