



# Dataindsamlingsark

## - ved inkontinensudredning

**Borgerens navn**

**CPR-nr.**

**Udrederens navn/kontaktsygeplejerske**

**Dato**

Hvor længe har du haft problemet?

Hvor ofte lækker du urin (er inkontinent)?

Aldrig

Højst en gang om ugen

Flere gange om ugen

En gang dagligt

Flere gange dagligt

Altid

Hvor meget urin lækker du almindeligvis ufrivilligt?

Ingenting

En lille mængde

En moderat mængde

En stor mængde

**Hvor meget påvirker din urininkontinens alt i alt dit daglige liv?**

Kryds ud for tallet. Fra 0 (slet ikke) til 10 (betydeligt)

**0**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**6**

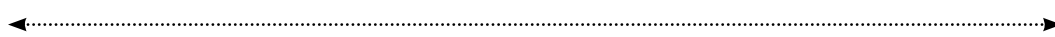
**7**

**8**

**9**

**10**

**Slet ikke**



**Betydeligt**

## I hvilke situation er du urininkontinent?

(Sæt et eller flere krydser)

Er aldrig inkontinent

Er inkontinent inden jeg når ud på toilettet

Er inkontinent når jeg hoster eller nyser

Er inkontinent mens jeg sover

Er inkontinent når jeg er fysisk aktiv/dyrker sport

Er inkontinent når jeg har fået tøjet på efter at have ladet vandet

Er inkontinent uden oplagt årsag

Urinen siver hele tiden

Har du smerter eller svien ved vandladning?

Føler du tørhed, svien eller kløe forneden?

Har du startbesvær ved vandladning?

Har du problemer med efterdryp?

Har du ufrivillig afgang af luft eller afføring?

Har du obstipation/diarré?

Har du hyppig blærebetændelse (mere end 4 gange årligt)?

Vanlig medicin (dosis /indikation)

Medicin for vandladningsproblemet (dosis)

Har du talt med din læge om dit vandladningsproblem? Ja Nej

Har du været eller er du i behandling for dit vandladningsproblem? Ja Nej

Medicin

Blæretræning

Bækkenbundstræning

Operation

Andet

Højde

Vægt

### Urinprøve sendt til D+R

Dato

Evt. bemærkninger

### Resultat af væske-/vandladningsskema

(foreligger der ikke V/V skema kan man evt. påføre et skøn ud fra borgerens oplysninger (skriv ca.))

Væskeindtag/døgn

Antal vandladninger/døgn

Max. volumen/vandladning

Døgndiurese/heraf natdiurese

Antal lækager

### Hjælpemidler

Bind/bleer antal/dgl.

Evt. andre hjælpemidler for inkontinens/dgl.

### Konklusion

## **Plan efter opstart af udredning**

## **Anbefalede hjælpemidler**

## **Opfølgning/dato**

## **Anbefalede hjælpemidler**

## **Opfølgning/dato**