

| Pasientdata | Dato for datainnsamling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Navn | Dato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fødselsnr. (11 siffer) | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>å</td><td>å</td><td>å</td><td>å</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d | d | m | m | å | å | å | å | | | | | | | | | | | | | |

Nedsatt funksjon i de nedre urinveier uten relasjon til ryggmargsskaden

Nei Ja Ukjent

Føler/kjenner vannlatingstrang

Nei Ja Ikke relevant Ukjent

| Blæretømming | Hovedmetode | Tilleggsmetode |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Normal vannlating | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trigge/utløse tømmerrefleks | | |
| Viljestyrt (banking, kløing, anal tøyning osv.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ufrivillig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blæretømming ved utvendig trykk/press | | |
| Pressing (bukpress, Vasalva-manøver) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ekstern kompresjon (Credés håndgrep) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intermitterende kateterisering | | |
| Selvkateterisering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kateterisering utført av medhjelper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Permanent kateter | | |
| Transuretralt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suprapubisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ikke-kontinent urinavledning/urostomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen metode | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ukjent | | |

Gjennomsnittlig antall kontrollerte blæretømminger per 24 timer i løpet av siste uke

Antall: _____ Ikke relevant Ukjent

Ufrivillig urinlekkasje (inkontinens) i løpet av de siste fire ukene

- Daglig
- En eller flere ganger per uke (men ikke daglig)
- Sjeldnere enn en gang per uke
- Aldri
- Ikke relevant
- Ukjent

Oppsamlingsutstyr for urininkontinens

- Nei Ja, kondomkateter/uridom
 Ja, bleie/bind
 Ja, stomipose
 Ja, annet
 Ukjent

Bruk av legemidler som mulig påvirker urinveiene i løpet av de siste fire ukene

- Nei Ja, blærelavslappende legemidler (antimuskariner, antikolinergika, trisykliske antidepressiva (ikke injeksjoner i detrusor))
 Ja, legemidler som virker avslappende på sfinkter/blærehalsen (alfa-adrenerge blokkere osv (ikke injeksjoner i spincter))
 Ja, antibiotika/antiseptika For behandling av urinveisinfeksjon
 Forebyggende
 Ja, annet
 Ukjent

Kirurgiske inngrep i urinveiene

- | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja, innsetting av suprapubiskateter, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Dato ukjent | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, fjerning av blæresten, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, fjerning av sten i de øvrige urinveier, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, blæreforstørrelse, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, sfinkterotomi/stent, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, botulinumtoksininjeksjon, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, kunstig sfinkter, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ilovesikostomi, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, ileoureterostomi (ileal conduit), sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, kontinente kateteriserbare urostomier/ventiler, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| | <input type="checkbox"/> Ja, annet, sist utført dato | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | | d | d | m | m | å | å | å | å |
| <input type="checkbox"/> Ukjent | | | | | | | | | |

Endringer i nedre urinveissymptomer i løpet av det siste året

- Nei Ja Ikke relevant Ukjent