

Frågeformulär vid urinläckage hos män

Datum:

Namn:

Födelsedata:

1. Hur länge har Du haft besvär av ofrivilligt urinläckage?
- <1 år
- 1-5 år
- 6-10 år
- >10 år

2. Typ av läckage?
- Läckage i samband med ansträngning
- Läckage i samband med urinträngning
- Läckage efter avslutad vattenkastning "efterdropp"
- Läckage oberoende av ovanstående

3. Hur ofta läcker Du? Dagligen Minst 1g/vecka

4. Har Du andra vattenkastningsbesvär?
- Svårt att komma igång och kissa
- Svag stråle
- Täta trängningar
- Känsla av att blåsan inte töms helt
- Antal gånger Du kissar per natt

5. Har Du svårt att hålla tätt vad gäller avföring?
- Nej
- Ibland
- Ja

6. Andra sjukdomar?
- Har Du opererats för prostatasjukdom? Nej Ja
- Har Du opererats för sjukdom i buken? Nej Ja

Om ja - vilken eller vilka?

Har Du någon kronisk sjukdom (t ex diabetes, neurologisk sjukdom, hjärtsvikt)?

Nej Ja

Om ja - vilken eller vilka?

7. Använder Du några läkemedel? Nej Ja

Om ja - vilka?

8. Hur besvärande är urinläckaget? (sätt ett kryss utefter skalan)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls besvärande

Mycket besvärande