

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 tøying 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 _____

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 |
| | | d | d | m | m | å | å | <input type="checkbox"/> |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <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 | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, sakralnervestimulering, 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 | |
| | <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 | |
- Ukjent

Endringer i nedre urinveissymptomer i løpet av det siste året

- Nei Ja Ikke relevant Ukjent