

E-post: NorSCIR@stolav.no
Hjemmeside: www.norscir.no

Pasientdata	Dato utført																			
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													

Gastrointestinal dysfunksjon eller analsfinkterdysfunksjon uten relasjon til ryggmargsskaden:

Nei Ja Ukjent

Kirurgiske inngrep i mage-tarm-kanalen:

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, appendektomi, dato utført	<table border="1"> <tr> <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	Dato ukjent <input type="checkbox"/>
d	d	m	m	å	å	å	å												
	<input type="checkbox"/> Ja, fjerning av galleblæren, dato utført	<table border="1"> <tr> <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	<input type="checkbox"/>
d	d	m	m	å	å	å	å												
	<input type="checkbox"/> Ja, kolostomi, sist utført dato	<table border="1"> <tr> <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	<input type="checkbox"/>
d	d	m	m	å	å	å	å												
	<input type="checkbox"/> Ja, ileostomi, sist utført dato	<table border="1"> <tr> <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	<input type="checkbox"/>
d	d	m	m	å	å	å	å												
	<input type="checkbox"/> Ja, annet _____, sist utført dato	<table border="1"> <tr> <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	<input type="checkbox"/>
d	d	m	m	å	å	å	å												
<input type="checkbox"/> Ukjent																			

Avføringsstrang (i løpet av de siste fire ukene)

Normal (direkte)	<input type="checkbox"/>
Indirekte (for eksempel: kramper eller ubehag i abdomen - abdominale muskelspasmer - spasmer i underkstremiteter - svetteing - gåsehud - hodepine - frysninger)	<input type="checkbox"/>
Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
Ukjent	<input type="checkbox"/>

Avføringsmetode og metode for igangsetting av tarmtømming (i løpet av de siste fire ukene)	Hovedmetode	Tilleggsmetode
Normal avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressing/trykking for å tømme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell digital anorektal stimulering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell fjerning ("plukking")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miniklyster (≤150 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klyster (>150 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolostomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulering av fremre sakralnerverøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen metode _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ukjent		

Gjennomsnittlig tid som trengs for å tømme tarmen (i løpet av de siste fire ukene):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-5 minutter | <input type="checkbox"/> 6-10 minutter | <input type="checkbox"/> 11-20 minutter | <input type="checkbox"/> 21-30 minutter |
| <input type="checkbox"/> 31-60 minutter | <input type="checkbox"/> Mer enn 60 minutter | <input type="checkbox"/> Ukjent | <input type="checkbox"/> Ikke relevant |

Avføringshyppighet (i løpet av de siste fire ukene):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tre ganger per dag eller mer | <input type="checkbox"/> To ganger per dag |
| <input type="checkbox"/> En gang per dag | <input type="checkbox"/> Ikke hver dag, men mer enn to ganger i uken |
| <input type="checkbox"/> To ganger i uken | <input type="checkbox"/> En gang i uken |
| <input type="checkbox"/> Sjeldnere en en gang i uken, men minst en gang i løpet av de siste fire ukene | <input type="checkbox"/> Ingen avføring i løpet av de siste ukene |
| <input type="checkbox"/> Ikke relevant | <input type="checkbox"/> Ukjent |

Hyppighet av fekal inkontinens (i løpet av de siste tre månedene):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> To eller flere episoder per dag | <input type="checkbox"/> En episode per dag |
| <input type="checkbox"/> Ikke hver dag, men minst en gang i uken | <input type="checkbox"/> Ikke hver uke, men mer enn en gang i måneden |
| <input type="checkbox"/> En gang i måneden | <input type="checkbox"/> Mindre enn en gang i måneden |
| <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Ukjent |

Behov for å bruke bleie eller anal tampong (i løpet av de tre siste månedene):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Daglig bruk | <input type="checkbox"/> Ikke hver dag, men minst en gang i uken |
| <input type="checkbox"/> Ikke hver uke, men minst en gang i måneden | <input type="checkbox"/> Mindre enn en gang i måneden |
| <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Ukjent |

Bruk av legemidler som påvirker tarmfunksjonen/konstiperende midler (i løpet av de siste fire ukene):

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja, antikolinergika |
| | <input type="checkbox"/> Ja, opioider |
| | <input type="checkbox"/> Ja, annet _____ |
| <input type="checkbox"/> Ukjent | |

Perorale avføringsmidler (i løpet av de siste fire ukene):

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja, osmotiske avføringsmidler (dråper) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, osmotiske avføringsmidler eller bulkmidler (tabletter eller granulat) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, tarmirriterende avføringsmidler (dråper) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, tarmirriterende avføringsmidler (tabletter) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, prokinetiske legemidler |
| | <input type="checkbox"/> Ja, annet _____ |
| <input type="checkbox"/> Ukjent | |

Perianale problemer (i løpet av det siste året):

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Hemorroider | <input type="checkbox"/> Perianale sår | <input type="checkbox"/> Fissurer |
| <input type="checkbox"/> Endetarmsfremfall | <input type="checkbox"/> Annet _____ | <input type="checkbox"/> Ukjent | |