

## Persónuupplýsingar

Nafn

Kennitala

## Dagsetning framkvæmdar

Dagsetning

d	d	m	m	á	á	á	á

## Skert starfsemi meltingarfæra eða endaparmsþrengis ótengd mænuskaða

 Nei  Já  Óþekkt

## Skurðaðgerð á meltingarfærum

		Dagsetning Óþekkt																
<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, botnlangataka, dagsetning síðast framkvæmdar	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
	<input type="checkbox"/> Já, gallblöðrutaka, dagsetning framkvæmdar	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
	<input type="checkbox"/> Já, gyllinæðaraðgerð, dagsetning framkvæmdar	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
	<input type="checkbox"/> Já, ristilraufun, dagsetning síðast framkvæmdar	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
	<input type="checkbox"/> Já, dausgarnarraufun, dagsetning síðast framkvæmt	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
	<input type="checkbox"/> Já, tenging botnalanga við húð (til stólpípugjafar ofan frá), dagsetning síðustu framkvæmdar	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
	<input type="checkbox"/> Já, annað _____, dagsetning síðast framkvæmdar	<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>á</td><td>á</td><td>á</td><td>á</td></tr> </table> <input type="checkbox"/>									d	d	m	m	á	á	á	á
d	d	m	m	á	á	á	á											
<input type="checkbox"/> Óþekkt																		

## Aðferð til þarmalosunar (Innan síðustu fjögurra vikna)

## Aðalaðferð

## Viðbótaraðferð

Eðlileg hægðalosun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rembast til að tæma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erting endaparms með fingri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endaparmsstílar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hægðalosun með fingri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innhellislyf (≤150 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innhellislyf (>150 ml), þar með talið stólpípa um endaparm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ristilraufun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raförvun á fremri sakralrótum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önnur aðferð _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Óþekkt Á ekki við

**Tími sem þarf til hægðalosunar að meðaltali (innan síðustu fjögurra vikna)**

- 0-30 mínútur (0)       31-60 mínútur (3)       Meira en 60 mínútur (7)  
 Óþekkt       Á ekki við

**Tíðni hægðalosunar (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Daglega (0)       Á ekki við  
 1-6 sinnum í viku (1)       Óþekkt  
 Sjaldnar en einu sinni í viku (6)

**Eirðarleysi, höfuverkur eða svítaköst við hægðalosun (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Nei (0)       Já (2)       Óþekkt

**Örvun með fingri eða tæming endaparms (plokka) með fingri (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Daglega (6)       Aldrei (0)  
 Einu sinni í viku eða oftár (en ekki daglega) (6)       Óþekkt  
 Sjaldnar en einu sinni í viku (0)

**Tíðni hægðaleka (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Daglega (13)       Sjaldnar en einu sinni í mánuði/ Aldrei (0)  
 1-6 sinnum í viku (7)       Óþekkt  
 1-4 sinnum í mánuði (6)       Á ekki við

**Leysir vind ósjalfrátt (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Nei (0)       Óþekkt  
 Já (2)       Á ekki við

**Þörf fyrir bleyju eða endaparmstappa (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Nei       Óþekkt  
 Já       Á ekki við

**Hægðalyf um munn (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Nei (0)       Já, himnuflæðis hægðalyf (dropar) (2)  
 Já, himnuflæðis- eða trefjahægðalyf (töflur eða kyrnikorn) (2)  
 Já, dropar sem erta til hægðalosunar (2)  
 Já, töflur sem erta til hægðalosunar (2)  
 Já, lyf sem örva þarmahreyfingar (2)  
 Annað \_\_\_\_\_ (2)  
 Óþekkt (NDB Score totalt max 2 poeng dropar, max 2 poeng töflur)

**Lyf sem valda hægðatregðu/ til að hindra hægðaleka (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Nei (0)       Já (4)       Óþekkt

**Vandamál í kringum endaparm (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Nei (0)  
 Já (3)       Gyllinæð       Endaparmssár       Sprungur       Annað       Óþekkt

**Magaverkir og óþægindi (innan síðustu fjögurra vikna)**

- Daglega       Aldrei  
 1-6 sinnum í viku       Óþekkt  
 Sjaldnar en einu sinni í viku

Total NBD Score (optional and only applicable for adult persons):\* \_\_\_\_\_

(Interpretation of the NBD score: 0-6 Very minor, 7-9 Minor, 10-13 Moderate and 14 or more Severe neurogenic bowel dysfunction).