

E-post: NorSCIR@stolav.no

www.norscir.no

Persónuupplýsingar	Dagsetning sofnunar upplýsinga
Nafn	Dagsetning
Kennitala	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m y y y y

Skerðing á starfsemi þvaggfæra ótengd mænuskaða

 Nei Já Óþekkt

Tilfinning fyrir þvaglátspörf

 Nei Já Á ekki við Óþekkt

Blöðrutæming	Aðalaðferð	Viðbótaraðferð
Eðlileg þvaglát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viljastýrð örvun blöðrutæmingarviðbragðs		
Viljastýrð (bank, klór, endaþarmsörvun o.s.frv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ósjálfráð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytri þrýstingur á blöðru (Credé aðferð)		
Rembast eða þrýstingur á kvið (Valsalva aðferð)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytri þrýstingur á blöðru (Credé aðferð)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reglubundin Hrein Blöðrutæming		
Tæmir blöðru sjálf/ur með legg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aðstoðarmaður tæmir blöðru með legg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inniliggjandi þvagleggur		
Um þvagrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um kviðvegg (suprapubisleggur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjáveita fyrir þvagleiðara (Brickers blaðra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önnur aðferð, tilgreinið	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Óþekkt		

Fjöldi viljastýrðra blöðrutæminga á sólarhring að jafnaði síðustu viku

 Fjöldi: _____ Á ekki við Óþekkt

Þvagleki innan síðustu fjögurra vikna

- Daglega
 Einu sinni í viku eða oftar (en ekki daglega)
 Sjaldnar en einu sinni í viku
 Aldrei
 Á ekki við
 Óþekkt

Notkun hjálpartækja vegna þvagleka

- Nei Já, Uríðom
 Já, Bleyja/bindi
 Já, Stomapoki
 Já, Annað
- Óþekkt

Lyf sem gæti haft áhrif á þvagfæri innan síðustu fjögurra vikna

- Nei Já, blöðruslakandi lyf, þ.m.t. andkólinerg lyf, þrísýklisk þunglyndislyf o.þ.h. (á ekki við um inngjöf í blöðruvegg)
 Lyf sem slaka á þvagrásarþrengi og blöðruhálsi, alfa-adrenergir hemlar o.þ.h. (á ekki við um inngjöf í þvagrásarþrengi)
 Já, Sýklalyf/sóttþreinsandi Til meðferðar á þvagfærasýkingu
 Fyrirbyggjandi
- Já, Annað
- Óþekkt

Skurðaðgerð á þvagfærum

- | | | | Dagsetning | Óþekkt |
|------------------------------|---|---|-----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já, þvagleggur settur í gegnum kviðvegg (suprapubis), dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, blöðrusteinar fjarlægðir, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, nýrnasteinar fjarlægðir, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, blöðruvíkkun (augmentation), dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, þrengisskurður/þvagrásar stoðnet, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, botulinum toxin-meðferð í blöðruvegg, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, gerviloka, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, mjóginisþvagblöðrustóma, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, mjóginisþvagleiðarastóma, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, gerð gerviloku (úr görn eða botnlanga) til blöðrutæmingar, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Já, annað, dagsetning síðast framkvæmt | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | d d m m y y y y | <input type="checkbox"/> |
- Óþekkt

Breytingar á einkennum frá neðri þvagfærum síðastliðið ár

- Nei Já Á ekki við Óþekkt