

**1A \_ PATIENTSKEMA til patienter med urininkontinens og/eller nedsynkning af underlivet****FØR**

CPR nr. \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_

Efternavn(e) \_\_\_\_\_

Fornavn(e) \_\_\_\_\_

Mobilnr. \_\_\_\_\_

Dette skema omhandler både urininkontinens og nedsynkning af underlivet. Du bedes besvare alle spørgsmål ved at sætte kryds i felterne.

Din besvarelse er et vigtigt redskab til, at vi på bedst mulig måde kan hjælpe dig, og så vi senere kan kontrollere om behandlingen har hjulpet.

Dine svar registreres derfor og indgår i afdelingens bestræbelser på, at kvaliteten af behandlingen kan blive så god som mulig.

Dato: \_\_\_\_\_

Vægt: |\_\_|\_\_|\_\_| kg      Højde: |\_\_|\_\_|\_\_| cm

**FØDSLER**

Hvor mange gange har du født gennem skeden? (en tvillingefødsel regnes som én fødsel) \_\_\_\_\_

Har du fået lavet kejsersnit?      Ja \_\_\_\_\_      Nej \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor mange gange: \_\_\_\_\_

**TIDLIGERE OPERATIONER**

Har du fået fjernet livmoderen (uanset årsagen)?      Ja \_\_\_\_\_      Nej \_\_\_\_\_      Ved ikke \_\_\_\_\_

**TOBAK OG ALKOHOL FORBRUG**

Ryger du cigaretter?      Nej, har aldrig røget \_\_\_\_\_      Nej, er holdt op \_\_\_\_\_      Ja \_\_\_\_\_ stk. om dagen

Drikker du øl, vin eller spiritus?      Nej \_\_\_\_\_      Ja \_\_\_\_\_ genstande om ugen

(1 genstand svarer til 1 almindelig øl, et glas vin eller en snaps)

**De følgende spørgsmål bedes besvaret ud fra hvordan du i gennemsnit har haft det inden for de seneste fire uger****NEDSYNKNINGSSYMPTOMER**

A. Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule i/eller uden for skeden?

0 \_\_\_\_\_ nej      1 \_\_\_\_\_ ja, mindre end en gang om måneden      2 \_\_\_\_\_ ja, en til fire gange om måneden

