

**DugaBase, Skema 1B, Lægeskema; Forundersøgelse. CPR:**

Udfyldt af:

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

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

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

**Generelt**

Forundersørgelsesdato: \_\_\_\_\_

Ses patienten pga en komplikation? (ikke et recidiv)      Nej       Ja 

Hvis ja; Anvend da "komplikationsskema" i stedet

ASA Score: \_\_\_\_\_

**Nedsynkning**

Vælg enten POPQ eller Undersøger score (i forhold til hymenal plan) fra listen:

POPQ undersøgelse

<b>Aa</b>	<b>Ba</b>	<b>C</b>
<b>Gh</b>	<b>Pb</b>	<b>Tvl</b>
<b>Ap</b>	<b>Bp</b>	<b>D</b>

OBS! Hvis D ingen værdi har, (patienten er hysterectomeret) skal der tages et minustegn i feltet for at beregningen kan fuldføres!

eller

Undersøger score (i forhold til hymenal plan)

Forreste kompartment grad: \_\_\_\_\_

Midterste kompartment grad: \_\_\_\_\_

Bagerste kompartment grad: \_\_\_\_\_

Grad 0: ingen prolaps
Grad 1: ned til 1 cm over hymen
Grad 2: 1 cm over til 1 cm under
Grad 3: > 1 cm nedenfor og ej grad 4
Grad 4: total prolaps (>tv1 -2cm)

**Tidligere operationer**

Har patienten fået fjernet livmoderen?      Ja \_\_\_\_\_      Nej \_\_\_\_\_      Ved ikke \_\_\_\_\_

**DugaBase, Skema 1B, Lægeskema; Forundersøgelse. CPR:**

Udfyldt af:

**Vandladning\***

Uroflowmetri

Qmax Udført \_\_\_\_\_ ml/s Ikke udført \_\_\_\_\_

Volumen Udført \_\_\_\_\_ ml Ikke udført \_\_\_\_\_

Residualurin Udført \_\_\_\_\_ ml Ikke udført \_\_\_\_\_

Bindvejningstest Udført \_\_\_\_\_ g/24 t Ikke udført \_\_\_\_\_

**Urin-inkontinens\***

VVS (gennemsnit af antal registreringsdage)

Største volumen	Målt	Største volumen _____ ml	Ikke målt
Antal vandladninger	Målt	Antal vandladninger _____ vandladninger pr. 24 timer	Ikke målt
Antal inkontinens episoder	Målt	Antal inkontinens episoder _____ episoder pr. 24 timer	Ikke målt
Diurese	Målt	Diurese _____ ml/ 24 timer	Ikke målt

**Stress test (lækage ved hoste i liggende/siddende/stående stilling)**

Liggende stilling	Udført	Positiv	Negativ	Ikke udført
Siddende stilling	Udført	Positiv	Negativ	Ikke udført
Stående stilling	Udført	Positiv	Negativ	Ikke udført

**Anden behandling**

Er der forsøgt behandling med

Støttestegar Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_ Ved ikke \_\_\_\_\_

Fysioterapi Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_ Ved ikke \_\_\_\_\_