

SPURNINGALISTI VARÐANDI ÞVAGLÁT OG ÞVAGLEKA (karlar)

Nafn og kennitala: _____

Lýstu með eigin orðum hvernig vandamálið með þvaglátin er.

Hversu lengi hefur vandamálið verið? _____

Ertu með taugasjúkdóm eða aðra sjúkdóma? _____

Tekur þú lyf eða náttúruleg? _____

Hvaða? _____

Hversu oft pissar þú yfir daginn? _____ á næturnar? _____

Eru þvaglátin í einni bunu? í mörgum bunum?

Er bunan: kraftmikil? í meðallagi? kraftlítill? úðast bunan?

	Aldrei	Stundum	Oft vikulega	Daglega	Á ekki við
Er erfitt að byrja þvaglát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finnst þér þú hafa tæmt blöðruna þegar þú ert búinn að pissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finnur þú fyrir eftirleka þegar þú ert búinn að pissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getur þú haldið í þér þegar þú færð sterka þvaglátsþörf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missir þú einhvern tímann þvag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missir þú þvag við hósta, hnerra, hlátur eða líkamlegt erfiði?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missir þú þvag án þess að finna það fyrr en þú ert orðin blautur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missir þú þvag á næturnar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nei Já

Er sárt að pissa?

Hefurðu fengið endurteknar þvagfærasýkingar?

Hefurðu tekið eftir blóði í þvagini?

	Nei	Já
Ertu með húðvandamál sem tengjast þvagleka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hefur þú fengið meðferð vegna vandamálsins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grindarbotnsæfingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raförvun hjá sjúkraþjálfara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skurðaðgerð?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyfjameðferð?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ef já, hvaða lyf? _____		

Hvernig virkaði meðferðin? _____

Hvernig eru hægðirnar? í lagi lausar tregar hef ekki stjórn

Hæð: _____ Þyngd: _____

Hversu mikið er vandamálið á skala 1-10 þar sem 1 er ekkert vandamál og 10 alvarlegt vandamál?

Ekkert vandamál Alvarlegt vandamál

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notar þú hjálpartæki?

Bindi? Ef svo er, hvernig bindi? _____ og hve mörg á dag? _____

Þvagsmökk (uridom)

Annað

Göngudeild þvagfæra 11A, sími 543 7100
Landspítala Hringbraut