

SPURNINGALISTI VARÐANDI ÞVAGLÁT OG ÞVAGLEKA (konur)

Nafn og kennitala: _____

Lýstu með eigin orðum hvernig vandamálið með þvaglátin er.

Hversu lengi hefur vandamálið verið? _____

Ertu með taugasjúkdóm eða aðra sjúkdóma?

Ertu á lyfjum? Hvaða? _____

Hefurðu farið í skurðaðgerðir á kviðarholi - móðurlífi?

Fæðingar (fjöldi)? _____ Keisaraskurður (fjöldi)? _____ Síðast til kvensjúkdómalæknis? _____

Ertu á hormónalyfjum? _____

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

Eru þvaglátin í einni bunu ? í mörgum bunum?

Er bunan kraftmikil? í meðallagi? kraftlítill?

	Aldrei	Stundum	Oft vikulega	Daglega	Á ekki við
Missir þú einhvern tímann þvag?	<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 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 blaut?	<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"/>
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 búin að pissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finnur þú fyrir eftirleka þegar þú ert búin að pissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Já
Er sárt að pissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hefurðu fengið endurteknar þvagfærasýkingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hefurðu tekið eftir blóði í þvagini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missir þú þvag við samfarir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ertu með húðvandamál sem tengjast þvagleka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notar þú bindi vegna þvaglekans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvernig bindi? _____ Hve mörg á dag? _____

	Nei	Já
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 skalanum 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

Göngudeild þvagfæra 11A, sími 543 7100
Landspítala Hringbraut