

## 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 skurðaðgerð á kviðarholi eða móðurlífi? \_\_\_\_\_

Fæðingar (fjöldi)? \_\_\_\_\_ Keisaraskurður (fjöldi)? \_\_\_\_\_ Síðast til kvensjúkdómalæknis? \_\_\_\_\_

Ertu á hormónalyfjum? \_\_\_\_\_

Hversu oft pissar þú yfir daginn? \_\_\_\_\_ á næturnar? \_\_\_\_\_

Eru þvaglátin í  einni bunu?  mörgum bunum?

Er bunan  kraftmikil?  í meðallagi?  kraftlítill?

	Aldrei	Stundum	Oft (vikulega)	Daglega	Á ekki við
Missir þú einhvern tímann þvag?					
Getur þú haldið í þér þegar þú færð sterka þvaglátsþörf?					
Missir þú þvag við hósta, hnerra, hlátur eða líkamlegt erfiði?					
Missir þú þvag án þess að finna það fyrr en þú ert orðin blaut?					
Missir þú þvag á næturnar?					
Er erfitt að byrja þvaglát?					
Finnst þér þú hafa tæmt þvagblöðruna þegar þú ert búin að pissa?					
Finnur þú fyrir eftirleka þegar þú ert búin að pissa?					

	Nei	Já
Er sárt að pissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hefur þú fengið endurteknar þvagfærasýkingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hefur þú tekið eftir blóði í þvaginiu?	<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 sjúkráþjálfara?	<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 kvarðanum 1-10 þar sem 1 er ekkert vandamál og 10 alvarlegt vandamál?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Ekkert vandamál										Alvarlegt vandamál

### Símanúmer

Göngudeild þvagfæra 11A, sími 543 7100.