

FYLL I

DAGENS DATUM:

(Dag, Månad, År)

DELTAGAR ID

LÄS DETTA NOGGRANT

PÅ DE FÖLJANDE SIDORNA FINNS ETT ANTAL PÅSTÅENDEN SOM GJORTS AV
PERSONER MED URININKONTINENS (URINLÄCKAGE).

VÄLJ DET SVAR SOM BÄST BESKRIVER DIN EGEN SITUATION
JUST NU. RINGA IN SIFFRAN FRAMFÖR DITT SVAR.

OM DU ÄR OSÄKER PÅ HUR DU SKALL SVARA, SVARA EFTER BÄSTA FÖRMÅGA.
INGET AV SVAREN ÄR "RÄTT" ELLER "FEL".

DINA SVAR KOMMER ATT BEHANDLAS STRIKT KONFIDENTIELLT.

OM DU HAR NÅGRA FRÅGOR, KONTAKTA GÄRNA:



Dina känslor

(Ringa in siffran framför Ditt svar)

1. Jag är rädd för att inte kunna hinna till toaletten i tid.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

2. Jag är rädd för att hosta eller nysa på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

3. Jag måste vara försiktig när jag ställer mig upp efter att ha suttit på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

4. Jag är rädd för att inte hitta toaletten när jag kommer till ett nytt ställe.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

5. Mina urineringsbesvär eller min inkontinens gör att jag känner mig nedstämd.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

(Ringa in siffran framför Ditt svar)

6. Mina urineringsbesvär eller min inkontinens gör att jag drar mig för att vara hemifrån länge.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

7. Jag känner mig frustrerad eftersom mina urineringsbesvär eller min inkontinens hindrar mig från att göra vad jag vill.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

8. Jag är rädd för att andra skall känna att jag luktar urin.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

9. Jag tänker jämt på att jag har urineringsbesvär eller är inkontinent.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

10. Det är viktigt för mig att kunna gå på toaletten ofta.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

(Ringa in siffran framför Ditt svar)

11. Mina urineringsbesvär eller min inkontinens gör att det är viktigt att planera varje detalj i förväg.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

12. Jag oroar mig över att mina urineringsbesvär eller min inkontinens kan bli värre när jag blir äldre.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

13. Jag har svårt att sova gott hela natten på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

14. Jag är rädd för att bli försatt i pinsamma eller förödmjukande situationer på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

15. Mina urineringsbesvär eller min inkontinens gör att jag inte känner mig riktigt frisk.

1 VÄLDIGT MYCKET
2 MYCKET
3 MÅTTLIGT
4 LITE
5 INTE ALLS

(Ringa in siffran framför Ditt svar)

16. Mina urineringsbesvär eller min inkontinens gör att jag känner mig maktlös.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

17. Jag får ut mindre glädje av livet på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

18. Jag är rädd för att kissa på mig.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

19. Det känns som om jag inte har kontroll över blåsan.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

20. Jag måste tänka på vad eller hur mycket jag dricker på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

(Ringa in siffran framför Ditt svar)

21. Mina urineringsbesvär eller min inkontinens begränsar mitt klädval.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

22. Jag är rädd för att ha sex på grund av mina urineringsbesvär eller min inkontinens.

- 1 VÄLDIGT MYCKET
- 2 MYCKET
- 3 MÅTTLIGT
- 4 LITE
- 5 INTE ALLS

Om Dig Själv

- A-1 Hur länge har Du besvärats av urineringsproblem eller urininkontinens? (*Fyll i antalet år och månader nedan*)

ANTAL ÅR

ANTAL MÅNADER

- A-2 Hur många besök hos läkare, uroterapeut, sjuksköterska eller sjukgymnast har Du gjort det senaste året för att få råd eller behandling för Dina urineringsbesvär eller Din inkontinens? (*Skriv antalet besök på raden nedan*)

ANTAL BESÖK SENASTE ÅRET

- A-3 Hur svåra tycker Du att Dina urinerings- eller inkontinensbesvär är? (*Ringa in siffran nedan*)

1 MILDA

2 MÅTTLIGA

3 SVÅRA

- A-4 Läcker Du urin när Du hostar, nyser, springer, går, hoppar eller när Du utför någon annan speciell aktivitet?

0 NEJ

1 JA

- A-5 Kissar du på Dig innan Du hinner in på toaletten?

0 NEJ

1 JA

A-6 Händer det att Du läcker urin utan att Du gör något särskilt eller utan att Du känner Dig kissnödig?

0 NEJ

1 JA

A-7 Hur många gånger under den senaste månaden har det hänt att Du, oavsiktligt, har läckt urin, även en liten mängd räknas? (*Skriv antalet gånger på raden nedan*)

_____ **ANTAL GÅNGER DEN SENASTE MÅNADEN**

A-8 Hur många gånger under den senaste månaden har det hänt att Du, oavsiktligt, har läckt urin, även en liten mängd räknas?

0 INTE ALLS DEN SENASTE MÅNADEN

1 1 TILL 2 GÅNGER DEN SENASTE MÅNADEN

2 4 GÅNGER (UNGEFÄR EN GÅNG I VECKAN)

3 2-3 GÅNGER I VECKAN

4 UNGEFÄR EN GÅNG OM DAGEN

5 1 TILL 2 GÅNGER OM DAGEN

6 3 TILL 4 GÅNGER OM DAGEN

7 5 ELLER FLER GÅNGER OM DAGEN