

Naam Geboortedatum — —



Waarop laat u de urine onderzoeken?

AFNAME

Hoe lang geleden is de urine opgevangen?

- ☐ minder dan 2 uur ☐ meer dan 2 uur ☐ meer dan 24 uur
☐ bewaard in de koelkast

KLACHTEN

Kruis aan welke klachten er zijn	Ja	Nee	Weefselinvasie	Ja	Nee
<i>Pijn bij het plassen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Koorts (temp > 38 °C)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kleine beetjes plassen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(Koude) rillingen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Loze aandrang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Algemeen ziek zijn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vaginale irritatie of afscheiding</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Flankpijn (pijn in lendenen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Menstrueert u nu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Bent u zwanger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

BIJKOMENDE ZIEKTEN/KLACHTEN

Heeft u: ☐ een urinekatheter ☐ een antibiotica allergie

Overige klachten

Naam Geboortedatum — —



Waarop laat u de urine onderzoeken?

AFNAME

Hoe lang geleden is de urine opgevangen?

- ☐ minder dan 2 uur ☐ meer dan 2 uur ☐ meer dan 24 uur
☐ bewaard in de koelkast

KLACHTEN

Kruis aan welke klachten er zijn	Ja	Nee	Weefselinvasie	Ja	Nee
<i>Pijn bij het plassen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Koorts (temp > 38 °C)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kleine beetjes plassen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(Koude) rillingen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Loze aandrang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Algemeen ziek zijn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vaginale irritatie of afscheiding</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Flankpijn (pijn in lendenen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Menstrueert u nu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Bent u zwanger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

BIJKOMENDE ZIEKTEN/KLACHTEN

Heeft u: ☐ een urinekatheter ☐ een antibiotica allergie

Overige klachten

UITSLAG

URINE EERST SCHUDDEN. DIP DE TEST STRIP ONGEVEER 1 SECONDE IN DE URINE. VEEG DE OVERTOLLIGE URINE AF AAN DE RAND VAN DE CONTAINER. LEES NA 60 SECONDEN DE TEST STRIP AF.

Leu *Nitriet* *Pro* *Gluc* *Ery* *Ket* *pH*

Macroscopische hematurie ☐

INTERPRETATIE

Ga naar <https://www.urinest.rip/> en voer de uitslagen in.

UITSLAG

URINE EERST SCHUDDEN. DIP DE TEST STRIP ONGEVEER 1 SECONDE IN DE URINE. VEEG DE OVERTOLLIGE URINE AF AAN DE RAND VAN DE CONTAINER. LEES NA 60 SECONDEN DE TEST STRIP AF.

Leu *Nitriet* *Pro* *Gluc* *Ery* *Ket* *pH*

Macroscopische hematurie ☐

INTERPRETATIE

Ga naar <https://www.urinest.rip/> en voer de uitslagen in.