

Spørreskjema før undersøkelse av bekkenbunnen

Vi er takknemlige om du vil besvare følgende spørsmål. Opplysningene i skjemaet er fortrolige, og vil bli oppbevart på forsvarlig vis. Først når du kommer inn til fysioterapeuten skal du oppgi personopplysninger. Hvis du ønsker, kan du gjerne ha med deg en person under konsultasjonen.

Dato:

1. Diagnose og hovedgrunn til at du ønsker utredning/behandling:
2. Hva er ditt mål med behandlingen/opptreningen?
3. Hva tror du at du må gjøre for å nå målet?
4. Hvordan er din allmenntilstand (matlyst, vekttap, energi, nattsmerte, blødninger)?
5. Yrke og evt sykmelding, helseforsikring:
6. Sykehistorie: Urinveisinfeksjoner siste 5 år, har du UVI nå:
Operasjoner i bekkenregionen:
Har du en aktiv kjønns sykdom:
Har du nedsatt eller økt følsomhet i bekkenbunnen:
Annen relevant sykehistorie:

7. Røyker du? Ja Nei Hvis ja, hvor mange sigaretter per dag: ____

8. Overgangsalder?

Har ikke kommet i overgangsalder

Er i overgangsalder, bruker ikke hormoner

Er i overgangsalder, bruker hormoner

Ferdig med overgangsalder

9. Bruker du hormoner (hormontabletter, hormonspiral, hormonplaster)?

Ja Spesifiser:

Nei

10. Fødsler/ barn

Antall barn og fødselsår til barna:

Antall vaginale fødsler:

Antall tangforløsninger:

Antall «haste-keisersnitt»:

Antall episiotomi «klipp under fødsel»:

Antall graviditeter:

Antall vakumforløsninger:

Antall planlagte keisersnitt:

Høyeste fødselsvekt (gram):

11. Har du hatt urinlekkasje siste 4mnd? (en liten dråpe regnes også): JA / NEI

Mange mennesker lekker urin av og til. Vi forsøker å finne ut hvor mange mennesker som lekker urin og hvor mye dette plager dem. Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det, gjennomsnittlig, de siste 4 ukene. (ICIQ-SF)

12. Når lekker du urin? (Vennligst kryss av alt som passer for deg)

- | | |
|---|--------------------------|
| aldri, jeg lekker aldri urin | <input type="checkbox"/> |
| Kan lekke før jeg når toalettet | <input type="checkbox"/> |
| Kan lekke når jeg hoster eller nyser | <input type="checkbox"/> |
| Kan lekke når jeg sover | <input type="checkbox"/> |
| Kan lekke når jeg er fysisk aktiv/trimmer | <input type="checkbox"/> |
| Kan lekke når jeg er ferdig med å late vannet og har tatt på meg klærne | <input type="checkbox"/> |
| Kan lekke uten noen opplagt grunn | <input type="checkbox"/> |
| lekker hele tiden | <input type="checkbox"/> |

13. Hvor ofte lekker du urin? (Kryss av i èn boks)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| aldri | <input type="checkbox"/> | 0 |
| omtrent én gang i uken eller sjeldnere | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 – 3 ganger i uken | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ca. 1 gang per dag | <input type="checkbox"/> | 3 |
| flere ganger per dag | <input type="checkbox"/> | 4 |
| hele tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |

14. Vi vil gjerne vite hvor mye urin du tror du lekker.

Hvor mye urin lekker du vanligvis (enten du bruker beskyttelse eller ikke)?
(Kryss av i en rute)

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| ikke noe | <input type="checkbox"/> | 0 |
| en liten mengde | <input type="checkbox"/> | 2 |
| en moderat mengde | <input type="checkbox"/> | 4 |
| en stor mengde | <input type="checkbox"/> | 6 |

15. Hvor mye påvirker urinlekkasje ditt hverdagsliv?

Vær vennlig, sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 svært mye

16. Har du trekkende eller dragende smerter nedover i underlivet? (ICIQ-VS)

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

17. Plages du av sårhet i skjeden?

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

18. Har du nedsatt følsomhet i området rundt eller i skjeden?

- Ikke i det hele tatt Litt Noe Mye

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

19. Føler du at skjeden er for romslig / slapp?

- Ikke i det hele tatt Litt Noe Mye

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

20. Kan du kjenne en kul / utbuling inne i skjeden?

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

21. Kan du kjenne eller se en kul / utbuling utenfor skjedeåpningen?

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Føler du at skjeden er for tørr?

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

23. Må du støtte skjedeveggen for å tømme tarmen?

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

24. Føler du at skjeden er for trang?

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

25. Opplever du at du har «vaginal vind»? Dette er luft fra skjeden som kan gi prompelyder.

- Aldri Av og til Noen ganger Mesteparten av tiden Hele tiden

Hvor mye plager dette deg?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

26. Vi ber deg oppsummere, i hvor stor grad ditt hverdagsliv påvirkes av symptomer fra skjeden? (ICIQ-VS, Quality of life)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

27. Må du skynde deg veldig til toalettet når du har avføringstrang? (ICIQ-B, 3)

- Aldri sjelden Noen ganger Mesteparten av tiden Alltid

28. Har du opplevd flekker av avføring i undertøyet eller trenger du å bruke bind på grunn av avføringslekkasje? (ICIQ-B, 6)

- Aldri Mindre enn en gang i måneden Mindre en en gang i uken
 Mindre en en gang om dagen Hver dag

29. Kan du hindre lekkasje av diaré / løs avføring? (ICIQ-B, 7)

- Alltid Mesteparten av tiden Noen ganger Sjelden Aldri

30. Kan du hindre ufrivillig luftlekkasje? (ICIQ-B, 9)

- Alltid Mesteparten av tiden Noen ganger Sjelden Aldri

31. Hvordan ser din avføring ut mesteparten av tiden? (ICIQ-B, 14, Bristol Stool Chart)

- Harde små klumper (1)
- Kabelformet med klumper (2)
- Kabelformet med sprekker på overflaten (3)
- Kabelformet med glatt overflate 4)
- Myke små klumper (5)
- Diaré lignende (6)
- Vannaktig (7)



32. Må du presse for å få ut avføringen? (ICIQ-B, 15)

- Aldri Sjelden Noen ganger Mesteparten av tiden Alltid

33. Vi ber deg oppsummere, i hvor stor grad ditt hverdagsliv påvirkes av symptomer fra tarmen? (ICIQ-B, 22)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sett en ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

De neste spørsmålene omhandler seksualfunksjon (ICIQ -FLUTSex)

Har du smerter eller ubehag på grunn av tørr skjede?										
ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> 0									
litt	<input type="checkbox"/> 1									
moderat	<input type="checkbox"/> 2									
svært meget	<input type="checkbox"/> 3									
I hvilken grad opplever du dette som plagsomt? Vennligst sett ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ikke i det hele tatt										i stor grad

I hvilken grad føler du at ditt seksualliv er blitt ødelagt på grunn av dine urinveisproblemer?										
ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> 0									
litt	<input type="checkbox"/> 1									
moderat	<input type="checkbox"/> 2									
svært meget	<input type="checkbox"/> 3									
I hvilken grad opplever du dette som plagsomt? Vennligst sett ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ikke i det hele tatt										i stor grad

Har du smerter under samleie?

ikke i det hele tatt 0
 litt 1
 moderat 2
 svært meget 3
 jeg har aldri samleie 4

I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?
 Vennligst sett ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ikke i det hele tatt i stor grad

Har du urinlekkasje under samleie?

ikke i det hele tatt 0
 litt 1
 moderat 2
 svært meget 3
 jeg har ikke samleie 4

I hvilken grad opplever du dette som plagsomt?
 Vennligst sett ring rundt et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (i stor grad)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ikke i det hele tatt i stor grad

- 38. Kryss av hvis du har følgende problemer som fører til redusert seksualfunksjon:**
- a) Problemer med å gjennomføre samleie/ seksuell aktivitet
- b) Manglende seksuell lyst
- c) Manglende tilfredsstillelse og/eller redusert evne til å oppnå orgasme
- d) Følelse av at underlivet/ skjeden er slapp og eller stor
- e) Mangel på kontroll/ vanskeligheter med å finne bekkenbunnsmusklene

39. Har du hatt muskel-skjelettsmerter i kroppen de siste 4 ukene?

- Ja. Hvis ja, hvor i kroppen har du hatt smerter:
 Nei

40. Bruker du noen medikamenter?

- Ja. Hvis ja, navngi disse:
 Nei

41. Hvor ofte trener du eller er fysisk aktiv (ca gjennomsnitt de siste 4 mnd)?

	Antall ganger per uke	Antall minutter per «økt»
Aktiviteter hvor du svette:		
Aktiviteter hvor du IKKE svette:		

Evt kommentar: