URO_2021_0134_DK 12.2021

VÆSKE- OG VANDLADNINGSSKEMA

MED SYMPTOM-SCORESKEMA (ICIQ)
International Consultation on Incontinence Questionnaire

Til kvinder

Riv skemaet af langs perforeringen

SYMPTOMSCORESKEMA (ICIQ)

International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) ***Til kvinder***

Navn:

CPR. nr.:

Spørgsmålene i dette skema skal hjælpe lægen til at finde ud af, hvad du fejler, og i hvor høj grad du er generet af dine vandladningsproblemer. Skemaet består af 4 spørgsmål, som alle skal besvares. Skemaet tager udgangspunkt i dine vandladningsproblemer, som de har været de sidste 4 uger. Sum bruges til kontrol af behandling.

1. Hvor ofte lækker du urin ufrivilligt (er inkontinent)?

- Aldrig (0) ☐
- Højst en gang om ugen (1) ☐
- Flere gange om ugen (2) ☐
- En gang dagligt (3) ☐
- Flere gange dagligt (4) ☐
- Hele tiden (5) ☐

2. Hvor meget urin lækker du almindeligvis ufrivilligt?

- Intet (0) ☐
- En lille mængde (2) ☐
- En moderat mængde (4) ☐
- En stor mængde (6) ☐

3. Hvor meget påvirker din urininkontinens alt i alt dit daglige liv?

Sæt en ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (betydeligt)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ICIQ score (sum 1+2+3)= ________________________

4. I hvilke situationer er du urininkontinent?

- Er aldrig inkontinent ☐
- Inden jeg går på toilettet ☐
- Når jeg hoster eller nyser ☐
- Mens jeg sover ☐
- Når jeg er fysisk aktiv/dyrker sport ☐
- Når jeg har fået tøjet på efter at have ladet vandet ☐
- Er inkontinent uden nogen oplagt årsag ☐
- Urinen siver hele tiden ☐

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte din læge eller sygeplejerske.

Navn:

CPR. nr.:

Døgn 2 – Dato: ______ Typisk dag? ☐Ja ☐Nej
Jeg stod op kl. ______ Jeg gik i seng kl. ______

Kl.	Væske-indtagelse (ml)	Vandladning (ml)	Kommentarer
TOTAL			

Udfyldes af behandleren: ___________________________

Antal vandladninger om dagen: ____ **Antal vandladninger om natten:** ____

Max volumen: __________ **Antal vandladninger:** ____

Døgn 3 – Dato: ______ Typisk dag? ☐Ja ☐Nej
Jeg stod op kl. ______ Jeg gik i seng kl. ______

Kl.	Væske-indtagelse (ml)	Vandladning (ml)	Kommentarer
TOTAL			

Udfyldes af behandleren: ___________________________

Antal vandladninger om dagen: ____ **Antal vandladninger om natten:** ____

Max volumen: __________ **Antal vandladninger:** ____

Har du spørgsmål til skemaet, kan du kontakte din læge eller sygeplejerske.

Navn:

CPR. nr.:

VEJLEDNING til væske- og vandladningsskema:

Dette er et skema til at notere mængden af væske-indtag og mængden af vandladninger over tre døgn. Informationerne i skemaet er vigtige for at klarlægge årsagen til dit vandladningsproblem, og dermed tilbyde bedste vejledning og evt. behandling.

Sådan udfyldes skemaet:

- VÆSKEINDTAGELSE: Mål mængden af alt hvad du drikker i løbet af døgnet i et målebæger, (incl. kaffe, te, alkohol mm, - vær opmærksom på, at suppe, yoghurt og sovs også er væske). Husk tidspunkt.
- VANDLADNING: Vandladningsmængden er vigtig information for lægen/sygeplejersken, og mængden af hver enkelt vandladning skal måles så præcis som mulig i et målebæger. Husk tidspunkt.
- KOMMENTAR: Her kan du notere f.eks. hvad du foretog dig, da du var utæt for urin (f.eks. hoste, nys, løft, hop, satte dig i en stol osv.) og mængden af evt. ufrivillig vandladning/ inkontinens (f.eks. ”dryp”, ”lidt” eller ”meget”)

Det kan være en hjælp at vide, at

1 kop kaffe	=	ca. 150 ml eller 1 1/2 dl
1 krus kaffe/the	=	ca. 250 ml eller 2 1/2 dl
1 øl	=	ca. 350 ml eller 3 1/2 dl
1 sodavand	=	ca. 250 ml eller 2 1/2 dl
1 glas vand	=	ca. 200 ml eller 2 dl
1 glas rødvin	=	ca. 150 ml eller 1 1/2 dl
1 glas hvidvin	=	ca. 100 ml eller 1 dl

Døgn 1 – Dato: ______ Typisk dag? ☐Ja ☐Nej
Jeg stod op kl. ______ Jeg gik i seng kl. ______

Kl.	Væske-indtagelse (ml)	Vandladning (ml)	Kommentarer
TOTAL			

Udfyldes af behandleren: ___________________________

Antal vandladninger om dagen: ____ Antal vandladninger om natten: ____

Max volumen: __________ Antal vandladninger: ____

VEJLEDNING til bind- og blevejningstest:

For at kunne tilbyde dig den rette vejledning og evt. behandling af dit vandladningsproblem er det vigtigt med informationer fra din hverdag. Dette skema har til formål, at give et overblik over ufrivillig vandladning ved anvendelse af bind eller ble.
Bind- og blevejningstesten indgår i den samlede vurdering af dit vandladningsproblem.

Sådan udfyldes skemaet:

- TØR BLE (bind): Udfyld dato og tidspunkt på dagen samt vægten på ble eller bind inden anvendelse plus plasticpose, (tør ble eller bind).
- VÅD BLE eller BIND (med urin): Udfyld vægten af ble eller bind med urin plus plasticpose.
- FORSKEL mellem TØR og VÅD BLE (bind): Beregn forskellen på vægten af våd og tør ble eller bind.

Dato:

Navn:

CPR. nr.:

Dato	**TØR BLE** (bind) – VÆGT i gram	**VÅD BLE** (bind) – VÆGT i gram	**FORSKEL** (gram) m. TØR og VÅD ble

Genbestillingslisten scannes og sendes til kontakt.dk@astellas.com

Genbestillingsliste

Ja tak, jeg ønsker at bestille nyt af følgende:

☐ Symptomscoreskema til kvinder (ICIQ) samt bind- og blevejningstest
Væske- og vandladningsskema, tre døgn samt vejledning _____ stk.

TITEL/NAVN: DATO:

ARBEJDSADRESSE:

POSTNR.: BY:

TLF.: FAX/E-MAIL:

Astellas Pharma a/s er dataansvarlig for behandling af ovennævnte oplysninger. Vi respekterer din ret til fortrolighed. Du er tidligere blevet orienteret af IQVIA om, hvordan dine personoplysninger behandles, se www.onekey.iqvia.com. Du kan også læse mere om Astellas' fortrolighedspolitik og, hvordan du kan udøve dine rettigheder på http://policy.astellas.dk/dk-privacy-notice-hcp/

Astellas Pharma a/s | Arne Jacobsens Allé 15 | 2300 København S | Telefon 4343 0355 | Fax 4343 2224 | kontakt.dk@astellas.com | www.astellas.dk

astellas