

Vragenlijst incontinentieklachten

1 Uw naam (inclusief meisjesnaam)

2 Geboortedatum:

Dag _____ maand _____ jaar _____

3 Rookt u:

0 Nee

0 Ja

4 Uw lengte:

_____ cm

5 Uw gewicht:

_____ kg

6 Heeft u last van ongewild urineverlies?

0 Nooit

0 1 x per maand

0 meerdere keren per maand

0 dagelijks

0 continu

7 Hoeveel urine verliest u wanneer urineverlies optreedt?

0 Enkele druppels

0 Scheutjes en vochtige bovenkleding

0 Echt natte bovenkleding

8 Gebruikt u opvangmateriaal voor het urineverlies?

0 Nooit

0 Soms

0 Vaak

0 Altijd

9 *Wordt de kwaliteit van uw leven verslechterd door uw ongewenst urine verlies?*

0 Nee

0 Gering

0 Ernstig

10 *Treedt ongewild urineverlies op bij hoesten, niezen of lachen?*

0 Nee

0 Ja

11 *Treedt ongewild urineverlies op bij sporten of lichamelijke inspanning?*

0 Nee

0 Ja

12 *Treedt ongewild urineverlies op bij lopen?*

0 Nee

0 Ja

13 *Treedt ongewild urineverlies op tijdens slapen?*

0 Nee

0 Ja

14 *Treedt ongewild urineverlies op zonder aanleiding?*

0 Nee

0 Ja

15 *Hoe lang heeft u urineverlies?*

0 Minder dan 3 maanden

0 Tussen de 3 en 12 maanden

0 Langer dan 1 jaar

16 *Hoe vaak moet u per nacht plassen?*

0 0 of 1 keer

0 2 tot 4 keer

0 Meer dan 4 keer

17 *Hoe vaak moet u overdag plassen?*

0 1 tot 4 keer

0 5 tot 7 keer

0 8 tot 10 keer

0 Meer dan 10 keer

18 *Moet u snel naar een toilet wanneer u aandrang voelt om te plassen?*

- 0 Ja snel anders ben ik soms te laat en verlies ik urine
- 0 Ik kan 10 minuten wachten zonder urine te verliezen

19 *Als u aandrang voelt om te plassen, verliest u dan urine zonder dat u dat kunt voorkomen?*

- 0 Zelden of nooit
- 0 Regelmatig
- 0 Vaak

20 *Heeft u pijn tijdens het plassen?*

- 0 Nee
- 0 ja

21 *Heeft u herhaalde blaasontstekingen (2 of meer per jaar)?*

- 0 Nee
- 0 Ja
- 0 Weet ik niet

22 *Is uw plaspatroon veranderd?*

- 0 Nee
- 0 Ja
- 0 Weet ik niet

23 *U drinkt per dag?*

- 0 Minder dan 2 liter
- 0 Tussen de 2 en 3 liter
- 0 Meer dan 3 liter

24 *Hoe sterk is de urinestraal nu?*

- 0 Krachtig
- 0 Zwak
- 0 Druppelgewijs

25 *Heeft u het gevoel dat de blaas na het plassen leeg is?*

- 0 Nee
- 0 Ja

26 *Is er irritatie of branderigheid van de vagina?*

- 0 Nee
- 0 Ja

27 Heeft u een verzakkingsgevoel?

0 Nee

0 Ja

28 Heeft u last van vaginale afscheiding?

0 Nee

0 Ja

29 Heeft u pijnklachten in de onderbuik?

0 Nee

0 Ja

30 De overgang (of menopauze) is:

0 Nog niet begonnen

0 Begonnen maar nog niet definitief

0 Definitief en al 1 jaar geen menstruatie meer

31 Is bij u suikerziekte vastgesteld?

0 Nee

0 Ja

32 Is bij u glaucoom (verhoogde oogdruk) vastgesteld?

0 Nee

0 Ja

33 Heeft u een neurologische ziekte?

0 Nee

0 Ja

34 Heeft u een operatie van de rug, onderbuik of vagina gehad?

0 Nee

0 Ja

35 Is uw mobiliteit (bewegingsvrijheid) voldoende?

0 Nee

0 Ja

36 Bent u onder behandeling van een psychiater (geweest)?

0 Nee

0 Ja

37 Heeft u bloed in de urine gezien?

Nee

Ja

38 De ontlasting verloopt:

Normaal

Ongewild verlies van ontlasting

Obstipatie (verstopping)

39 De behandeling van uw urineverlies was:

Bekkenbodemspieroefeningen

Fysiotherapie van de bekkenbodem

Geen van beide

40 Gebruikt u medicijnen?

Nee

Ja

41 Vindt u uw incontinentie probleem zo hinderlijk dat u daarvoor medicijnen wilt gebruiken?

Nee

Ja

Weet ik niet

42 Vindt u uw incontinentie probleem zo hinderlijk dat u daarvoor een operatie wilt ondergaan?

Nee

Ja

Weet ik niet