

Oversigt over spørgeskemaer som anbefales anvendt ved udredning for urin og afføringsinkontines

Nedenstående skemaer er gennemgået og udvalgt på baggrund af en faglig gennemgang af eksisterende spørgeskemaer. Skemaerne er udvalgt af en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS).

Alle skemaer er oversat af to uvildige og resultatet er sammenlignet således at der er opnået et optimalt resultat.

Skemaerne er endnu ikke valideret på dansk. En validering kan medføre mindre ændringer i spørgeskemaerne

1. Urinlækage-skema ICIQ-UI SF
2. Overaktiv blære ICIQ-OAB 08/04
3. Væske- og vandladningsskema
4. St. Marks afføringsinkontinens skema
5. Kronisk obstipation spørgeskema
6. PISQ-12
7. Patientens overordnede indtryk af forbedring (PGI-I) skala
8. Patientens overordnede indtryk af sværhedsgrad (PGI-S) skala

Karin Glavind, overlæge, Ålborg sygehus

Lone Mouritsen, overlæge, Glostrup sygehus

Karl Møller Beck, overlæge, Skejby Sygehus

Lasse Raaberg, overlæge, Odense Sygehus

Martin Rudnicki, overlæge, Roskilde Sygehus

På vegne af gruppens medlemmer:

Martin Rudnicki

1. Urinlækage-skema ICIQ-UI SF

Mange mennesker lækker indimellem urin. Vi prøver at finde ud af, hvor mange der lækker urin samt hvor meget det generer dem. Vi vil være taknemmelige, hvis du vil besvare nedenstående spørgsmål. Ved din besvarelse skal du tænke på hvordan du gennemsnitligt har haft det over **de sidste 4 uger**.

1. Skriv venligst din fødselsdato

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag		måned		år	

2. <i>Hvor tit lækker du urin?</i> (sæt kryds i én boks)										
Aldrig	<input type="checkbox"/> 0									
Ca. 1 gang om ugen eller mindre	<input type="checkbox"/> 1									
2-3 gange om ugen	<input type="checkbox"/> 2									
Ca. 1 gang dagligt	<input type="checkbox"/> 3									
Flere gange om dagen	<input type="checkbox"/> 4									
Hele tiden	<input type="checkbox"/> 5									
3. <i>Vi vil gerne vide, hvor stor en mængde urin du tror du lækker. Du skal sætte kryds ud for den rubrik der svarer til den mængde du oftest lækker (hvad enten du benytter beskyttelse eller ej)?</i> (sæt kryds i én boks)										
Ingen	<input type="checkbox"/> 0									
En lille mængde	<input type="checkbox"/> 2									
En moderat mængde	<input type="checkbox"/> 4									
En stor mængde	<input type="checkbox"/> 6									
4. <i>Hvor meget generer urinlækagen dig i din dagligdag?</i> (Venligst indram et af numrene mellem 0 (overhovedet ikke) og 10 (en hel del))										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke										En hel del

ICIQ score: sum score 2+3+4

5. <i>Hvornår lækker du urin? (sæt kryds i alle de bokse, som passer på dig)</i>	
Lækker aldrig urin	<input type="checkbox"/>
Lækker før jeg kan nå på toilettet	<input type="checkbox"/>
Lækker når jeg hoster eller nyser	<input type="checkbox"/>
Lækker når jeg sover	<input type="checkbox"/>
Lækker når jeg er fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>
Lækker når jeg er færdig med at lade vandet og har fået tøj på	<input type="checkbox"/>
Lækker uden nogen som helst grund	<input type="checkbox"/>
Lækker hele tiden	<input type="checkbox"/>

Mange tak fordi du ville besvare spørgeskemaet

2. Overaktiv blære ICIQ-OAB 08/04

Mange mennesker lækker indimellem urin. Vi prøver at finde ud af, hvor mange der lækker urin samt hvor meget det generer dem. Vi vil være taknemmelige, hvis du vil besvare nedenstående spørgsmål. Ved din besvarelse skal du tænke på hvordan du gennemsnitligt har haft det over **de sidste 4 uger**.

1. Skriv venligst din fødselsdato

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag		måned		år	

2a. *Hvor ofte lader du vandet i løbet af en dag?*

En gang i timen	<input type="text"/>	3
Hver anden time	<input type="text"/>	2
Hver 3. time	<input type="text"/>	1
Hver 4. time eller mere	<input type="text"/>	0

2b. *Hvor meget generer det dig?*

Venligst indram et af numrene mellem 0 (slet ikke) og 10 (en hel del)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
Slet ikke **En hel del**

3a. *Hvor mange gange skal du i gennemsnit op om natten for at lade vandet?*

Ingen	<input type="text"/>	0
En gang	<input type="text"/>	1
To gange	<input type="text"/>	2
Tre gange	<input type="text"/>	3
Mere end fire gange	<input type="text"/>	4

3b. *Hvor meget generer det dig?*

Venligst indram et af numrene mellem 0 (slet ikke) og 10 (en hel del)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
Slet ikke **En hel del**

4a *Får du nogensinde en pludselig trang til at skulle skynde dig på toilettet for at lade vandet?*

Aldrig	<input type="checkbox"/>	0
En gang imellem	<input type="checkbox"/>	1
Nogen gange	<input type="checkbox"/>	2
For det meste	<input type="checkbox"/>	3
Hele tiden	<input type="checkbox"/>	4

4b. *Hvor meget generer det dig?*
Venligst indram et af numrene mellem 0 (slet ikke) og 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke										En hel del

5a *Lækker/løber urinen umiddelbart efter du mærker vandladningstrang?*

Aldrig	<input type="checkbox"/>	0
1 gang om ugen eller mindre	<input type="checkbox"/>	1
2-3 gange om ugen	<input type="checkbox"/>	2
Ca. 1 gang om dagen	<input type="checkbox"/>	3
Flere gange om dagen	<input type="checkbox"/>	4
Hele tiden	<input type="checkbox"/>	5

5b *Hvor meget generer det dig?*
Venligst indram et af numrene mellem 0 (slet ikke) og 10 (en hel del)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke										En hel del

Mange tak fordi du ville besvare spørgeskemaet

3. Væske- og vandladningsskema

Navn:

Dato:

--

Vejledning i at udfylde skema

Formålet med at udfylde skemaet er at få overblik over, hvor meget du drikker pr. dag, hvor meget og hvor mange gange du tisser, samt hvor tit du lækker urin. Sidstnævnte omfatter at have ufrivillig vandladning/urinafgang, at have tisset eller dryppet i bukserne.

Skemaet vil give dig og din læge et godt grundlag for at se nærmere på, om der er vaner, du med fordel kan ændre - eller hvilken hjælp eller behandling du måske vil have gavn af.

Hvor lang tid og hvilke dage

Du skal udfylde skemaet i tre døgn - dvs. både om dagen og om natten. Det er vigtigt, at du vælger tre typiske dage, og at du udfylder skemaet så nøjagtigt, som det nu er muligt.

Hvordan skal skemaet udfyldes

Skriv klokkeslet på det tidspunkt du enten drikker et eller andet, går på toilettet eller har en ufrivillig vandladning/lækage.

Skriv hvor meget du har drukket i milliliter.

Det kan være en hjælp at vide at:

1 øl = 330 ml

1 sodavand = 250 ml

1 glas = ca. 200 ml

1 kop = ca. 100-150 ml

Skriv - cirkamål - hvor meget du tisser, hver gang du går på toilettet. Brug f.eks. et billigt litermål.

Sæt kryds når du har lækket urin. Der er tre afkrydsningsmuligheder. Sæt kryds i den kasse, der passer bedst til din situation:

- pludselig og voldsom vandladningstrang (forholdsvis stor mængde urin)
- host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet (forholdsvis lille mængde urin)
- andet

Hvis du anvender bind eller bleer, skal du sætte kryds på de tidspunkter, hvor du skifter bind eller bleer.

Hvor mange ml går der på 1 dl og 1 liter

100 ml = 1 dl

10 dl = 1 liter

1000 ml = 1 liter

1. Døgn

Klokken	Drukket - i ml.	Vandladning - i ml.	Jeg lækkede urin i forbindelse med: (sæt kryds ved én af de tre muligheder)	Skiftet bind (sæt kryds)
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
	Total ml:	Total ml:	Antal gange jeg lækkede urin:	Antal bind:

2. Døgn

Klokken	Drukket - i ml.	Vandladning - i ml.	Jeg lækkede urin i forbindelse med: (sæt kryds ved én af de tre muligheder)	Skiftet bind (sæt kryds)
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
Dato:	Total ml:	Total ml:	Antal gange jeg lækkede urin:	Antal bind:

3. Døgn

Klokken	Drukket - i ml.	Vandladning - i ml.	Jeg lækkede urin i forbindelse med: (sæt kryds ved én af de tre muligheder)	Skiftet bind (sæt kryds)
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
			pludselig og voldsom vandladningstrang <input type="checkbox"/> host, løft, nys, løb, dans eller anden fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> andet <input type="checkbox"/>	
Dato:	Total ml:	Total ml:	Antal gange jeg lækkede urin:	Antal bind:

4. St. Mark's afførings inkontinens Score

Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling

Patientlabel

Skemaet udfyldes af lægen ved konsultation

St. Mark's afførings inkontinens Score

	Aldrig	Sjældent	Af og til	Ugentligt	Dagligt
Inkontinens for flydende afføring	0	1	2	3	4
Inkontinens for fast afføring	0	1	2	3	4
Inkontinens for luft	0	1	2	3	4
Ændring i levevis/livsstil	0	1	2	3	4

Aldrig Ingen episoder de sidste 4 uger

Sjældent 1 episode de sidste 4 uger

Af og til >1 episode de sidste 4 uger, men <1 dagligt

Ugentligt 1 eller flere episoder ugentligt, men <1 dagligt

Dagligt 1 eller flere episoder dagligt.

	Nej	JA
Anvender du bind eller prop	0	2
Tager medicin som virker stoppende på afføringen	0	2
Kan du holde afføringen tilbage i 15 minutter	4	0

Læg tallene sammen fra hver række : _____

Minimum score = 0 = perfekt kontinent

Maksimum score = 24 = total incontinent

5. Kronisk obstipation spørgeskema

Skemaet udfyldes af lægen under konsultationen. Der sættes ring omkring det rigtige svar. En score >10 er patologisk og kræver behandling. Normale har en score <2.

Score					
	0	1	2	3	4
Tid brugt på toiletet	<5min	6-10min	11-20min	21-30min	>30min
Antal forsøg på afføring pr dag	1	2	3-4	5-6	>6
Tømning af tarmen med fingeren i skeden eller endetarm	Aldrig	>1/måned,<1/uge	En om ugen	2-3 gange om ugen	Hver afføring
Anvender du afføringsmidler	Aldrig	>1/måned,<1/uge	En om ugen	2-3 gange om ugen	Hver dag
Anvender du klyx	Aldrig	>1/måned,<1/uge	En om ugen	2-3 gange om ugen	Hver dag
Ufuldstændig/opdelt afføring	Aldrig	>1/måned,<1/uge	En om ugen	2-3 gange om ugen	Ved hver afføring
Presser du ved afføring	Aldrig	<25% af tiden	<50% af tiden	<75% af tiden	Ved hver afføring
Afføringens konsistens	Blød	Hård	Hård og få afføringer	Dannelse af Hård klump af afføring (fækolom)	
Sum					
Total score					

6. Spørgeskema om seksualfunktion (PISQ-12)

Vejledning: Nedenfor følger en række spørgsmål, der handler om dit og din partners sexliv. Alle oplysninger behandles absolut fortroligt. Dine fortrolige svar vil udelukkende blive brugt til lægernes arbejde med at forstå, hvad der er vigtigt for patienterne i forbindelse med deres sexliv. Du bedes sætte kryds (X) i felterne ved de svar, der passer bedst til spørgsmålene. Når du besvarer spørgsmålene, bedes du tænke på din seksualitet i de sidste seks måneder. Tak for din hjælp.

1. Hvor ofte har du lyst til sex? Denne følelse kan omfatte, at du har behov for at have sex, at du planlægger at have sex, at du følger dig frustreret, fordi du ikke har sex osv.
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
2. Oplever du klimaks (får orgasme), når du har samleje med din partner?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
3. Føler du dig seksuelt ophidset, når du har sex med din partner?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
4. Hvor tilfreds er du med variationen i dit sexliv?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
5. Føler du smerte ved samleje?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
6. Er du urininkontinent (har ufrivillig vandladning) i forbindelse med sex?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
7. Hæmmer frygten for inkontinens (afføring eller urin) dine sex?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
8. Undgår du samleje på grund af nedsynkning af skeden (enten af blære eller endetarm, eller fordi skeden buler ud)?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
9. Føler du skam, afsky, skyld eller frygt når du har sex med din partner?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
10. Har din partner rejsningsproblemer, som påvirker jeres sexliv?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
11. Har din partner problemer med for tidlig sædafgang, så det påvirker dit sexliv?
 Altid Ofte Indimellem Sjældent Aldrig
12. Når du sammenligner med orgasmer, du tidligere har haft, hvor intense er så de orgasmer, du har haft i de sidste seks måneder?
 Meget mindre intense Mindre intense Samme intensitet Mere intense Meget mere intense

7. Patientens overordnede indtryk af forbedring (PGI-I) skala

Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) Scale

Sæt kryds ud for det punkt der bedst beskriver hvordan din urin inkontinens er nu, sammenlignet med hvordan den var før du fik behandling

- Rigtig meget bedre
- Meget bedre
- Lidt bedre
- Ingen ændring
- Lidt værre
- Meget værre
- Betydelig værre

8. Patientens overordnede indtryk af sværhedsgrad (PGI-S) skala

Patient Global Impression of Severity (PGI-S) Scale

Sæt kryds ud for det punkt der bedst beskriver hvordan din vandladning fungerer nu

- Normal vandladning
- Mindre gener
- Moderate gener
- Svære gener