



Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Namn Datum (åååå-mm-dd)

Aktuell blåstömningsfunktion

Blåstömningsmetod (flera alternativ är möjliga)

- Spontan miktion Ja
- Blåstömning med kateter RIK (Ren Intermittent Kateterisering) via uretra
 RIK via kanal (OBS! endast op. Kanal, ex Mitrofanoff, Monti, Kocknippel)
 Suprapubisk kateter/vesicostomiknapp
 KAD hela/delvis av dygnet
 Ständigt urinläckage
- Annat tömningssätt Vesicostomi
 Urostomi/urindeviation utan kontinensfunktion (t.ex Bricker)
 Kontinent stomi (ex blåsaugmentation/blåshalsplastik/alternativ RIK-väg, Kocks reservoar)
 Uppgift saknas

Blåstömningsgenomförs (ett alternativ anges)

- Helt själv, inklusive att ta sig till toaletten utan påminnelse från annan person Enbart fysiskt stöd från annan person
- Enbart muntligt stöd från annan person Både muntligt och fysiskt stöd från annan person
- Vet ej

Uppgifter om blåsfunktionsutredning – spontan miktion / RIK

Urinläckage förekommer (>3 års ålder) Ja Nej Uppgift saknas

4-tim miktionsobservation (0 - 6 år vid spontan miktion) Utfört Ja Nej

Om "Ja" Antal miktionser Volym, max ml Residualvolym min ml

Kissar med stråle Ja Nej Läcker vid manuellt tryck mot blåsan Ja Nej

Miktionslista (spontan miktion/RIK ej urinläckage) Utfört Ja Nej

Om "Ja" Registrerad tid/observationstid, antal dygn

Antal spontan miktionser/RIK per dygn Största mikterad/RIK urinportion ml

Läckagetest: 1 dygn (RIK/spontan miktion vid urinläckage) Utfört Ja Nej

Om "Ja" Antal RIK/spontan miktionser per dygn Största mikterad/RIK urinportion ml

Urinläckage i skydd/blöja (>2 g) g/dag g/dygn

RIK Ja Nej

Om "Ja" ange katetergrovvlek: (Ch 06 grön/Ch 08 blå/Ch 10 svart/Ch 12 vit/Ch 14 grön/Ch 16 orange/Ch 18 röd)

Residualmätning efter RIK ml

Vid spontan miktion Urinflödesmätning >6 år Utfört Ja Nej

Om "Ja" Mikterad volym ml Maxflöde ml/s Residualurin ml

Kurvform Klockformad Tornformad Staccato Interrupted/fraktionerad Platå



Aktuell tarmtömningsfunktion

Tarmtömningsmetod (flera alternativ är möjliga)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spontan tarmtömning | <input type="checkbox"/> Plockning |
| <input type="checkbox"/> Tarmsköljning/irrigation/lavemang (inkl Klyx®, Resulax® Microlax®) | <input type="checkbox"/> Colostomi/ileostomi |
| <input type="checkbox"/> Ja-retrograd (via rectum) | <input type="checkbox"/> Ingen regelbunden fungerande tarmtömningsmetod |
| <input type="checkbox"/> Ja-antegrad (via kirurgisk kanal; MACE, ACE, Chaitknapp) | <input type="checkbox"/> Annat |

Peroral läkemedelsbehandling för tarmen

Ja Nej

Tarmtömning genomförs (ett alternativ ska anges)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Helt själv inklusive att ta sig till toaletten utan påminnelse från annan person | <input type="checkbox"/> Enbart fysiskt stöd från annan person |
| <input type="checkbox"/> Enbart muntligt stöd från annan person | <input type="checkbox"/> Både muntligt och fysiskt stöd från annan person |
| | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Avföringsläckage förekommer (>3 års ålder)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, varje dygn | <input type="checkbox"/> Ja, enstaka tillfällen, mer sällan än varje månad |
| <input type="checkbox"/> Ja, någon/några gånger i veckan | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja, någon/några gånger i månaden | |

Aktuell behandling urinvägar senaste året

Behandling med läkemedel för blåsdysfunktion/överaktiv blåsa (även Botox®)

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |
| Om "Ja" | <input type="checkbox"/> Ja, läkemedel peroralt _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, läkemedel via instillation/ injektion i blåsan _____ | |

Uppgifter om provtagningar

- | | | | | |
|-------------------|--|---|------------------------------|------------------------------|
| Blodprov | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Om "Ja" | <input type="checkbox"/> P/S-Kreatinin __ __ __ umol/l | <input type="checkbox"/> P/S-Cystatin C __ __ __ mg/l | | |
| | <input type="checkbox"/> Relativ GFR __ __ __ ml/min/1,73 m ² | | | |
| Urinsticka | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Om "Ja" | Proteinuri (≥ 2+) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| | Hematuri (≥ 2+) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Urinodling | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Om "Ja" | <input type="checkbox"/> Ingen växt | <input type="checkbox"/> Växt av bakterier | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om "Ja" | typ _____ | (E-coli mm) | | |
| Om "Ja" | Ureasproducerande (stenbildande) bakteriestam påvisad | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |

Blodtryck Ja Nej

Om "Ja" Systoliskt |__|__|__| mm Hg Diastoliskt |__|__|__| mm Hg

Cystometri Genomförd Ja, när? (datum åååå-mm-dd) _____ Nej

Cystometrisk blåskapacitet |__|__|__| ml |__|__|__| % av förväntad ålderskapacitet, från 4 år normalt 65 - 150%.

Detrusortryck vid största blåsvolym enligt miktio/RIK lista |__|__|__| cm H₂O

Läckage under fyllnadsfasen? Ja Nej

Om ja, läckage tryck |__|__|__| cm H₂O vid |__|__|__| volym ml

Överaktivitet Nej Ja, från volymen |__|__|__| ml, högsta trycktopp |__|__|__| cm H₂O



Uppgifter om bild-funktionsdiagnostik

USG njurar-urinvägar

Genomförd Ja, när? (datum åååå-mm-dd) _____ Nej

Dilaterat njurbäcken = antero-posteriort (AP) mått >12

Resultat höger sida Ja Nej Resultat vänster sida Ja Nej

MUCG

Genomförd Ja, när? (datum åååå-mm-dd) _____ Nej

Resultat höger sida:

Resultat vänster sida:

Reflux Ja ange grad: 0, I, II, III, IV, V

Ja ange grad: 0, I, II, III, IV, V

Om "ja" för USG och/eller MUCG:

Andra avvikande fynd vid USG och/eller MUCG (flera alternativ är möjliga)

Vidgad uretär höger Ja Nej Vidgad uretär vänster Ja Nej

Trabekulerad blåsa Ja Nej Förtjockad blåsvägg Ja Nej

Blåsdvertikel-/lar Ja Nej Blåspolyp-/er Ja Nej

Urinblåsekonkrement Ja Nej Medfödd missbildning Ja Nej

Annat, vad _____

DMSA

Genomförd Ja, när? (datum åååå-mm-dd) _____ Nej

Resultat (ange *endast ett* alternativ)

Sidofördelning utan anmärkning Ja Nej, höger _____ %

Parenkymaskador höger sida Ja Nej

Parenkymaskador vänster sida Ja Nej

Försämring sedan föregående Ja Nej

Renografi MAG3

Genomförd Ja, när? (datum åååå-mm-dd) _____ Nej

Resultat (ange *endast ett* alternativ)

Sidofördelning utan anmärkning Ja Nej, höger _____ %

Avflödeshinder höger sida Ja Nej

Avflödeshinder vänster sida Ja Nej

Försämring sedan föregående Ja Nej



Uppgifter om hudirritation / tryckskada

Har personen hudförändring/ar av trycksårskaraktär? (ange endast ett alternativ)

- Ja
- Nej, enligt patienten och närstående; hudkostymen är inte inspekterad
- Nej, bedömare har undersökt hela hudkostymen, hittar inga

Om "Ja" ovan, besvara följdfrågorna nedan

Ange lokalisation/er (flera alternativ är möjliga)

- Fot/underben
 - Säte
 - Rygg
 - Knä
 - Annan lokalisation (fri text i korthet)
-

Personen har pågående kontakt med sårvårdsenhet eller specifik sårsköterska

- Ja
- Nej
- Okänt