

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn Förnamn

Anvisning: SAMMA formulär fylls i efterhand under varje utredningsperiod, i regel motsv. en rad i "uro-basprogram" i "Riktlinjer för medicinsk uppföljning vid ryggmärgsbräck". UNDVIK DUBBLETTER.

UTREDNING AV UROTARM-FUNKTION

Anledning till utredning (ange endast ett alternativ)

Enligt basprogram, ålder..... Extra undersökning, på grund av: (ett eller flera alternativ kan anges)

Preoperativ bedömning Postoperativ bedömning Ändrad behandling

Urinvägsinfektioner Förändrad miktions Annat, vad.....

Uppgifter om provtagningar

Blodprov (ange endast ett alternativ) Genomfört Ej aktuellt Uteblivit

Resultat: P/S-Kreatininumol/l P/S- Cystatin C mg/l

Relativ GFR ml/min/1,73 m² Metod GFR (ange endast ett alternativ):

Krom-EDTA-cl Iohexol-cl Kreatinin-cl Cystatin C-cl Inulin-cl.

Urinsticka (ange endast ett alternativ) Genomfört Ej aktuellt Uteblivit

Resultat

Proteinuri (≥ 2+) Ja Nej

Leucocyturi (≥ 2+) Ja Nej

Hämaturi (≥ 2+) Ja Nej

Nitrit Positiv, tecken på bakterieväxt Negativ

Urinodling (ange endast ett alternativ) Genomfört Ej aktuellt Uteblivit

Resultat Ingen växt Växt av bakterier Okänt

Om växt av bakterier, ange vad: (flera alternativ kan anges)

E. coli ≤ 100 000/ml E. coli > 100 000/ml E. coli ESBL Enterokocker

Proteus Klebsiella Citrobacter Staf saprofyticus Pseudomonas

Staf aureus MRSA Annat, vad.....

Ureasproducerande (stenbildande) bakteriestam påvisad Ja Nej Okänt

Blodtryck (sittande höger arm) Genomfört Ej aktuellt Uteblivit

Systoliskt.....mm Hg/ Diastoliskt.....mm Hg

Uppgifter om blåsfunktionsutredning

4-tim miktionsobservation (0-6 år) Datum (åååå-mm-dd)

Antal miktionser 1_1_1 Volym, max,1_1_1_1 ml, minsta 1_1_1 ml

Residualurin, max,1_1_1_1 ml, minsta 1_1_1 ml

Kissar med stråle Ja Nej

Läcker vid manuellt tryck mot blåsan Ja Nej

Miktionslista/läckagetest (ange endast ett alternativ) Genomfört Ej aktuellt Ej inlämnad lista

Registrerad tid/observationstid, antal dygn.....

Antal volontära miktionser (ej via kateter) per dygn.....Största mikterad urinportion 1_1_1_1 ml

Antal RIK-tillfällen per dygn..... Största RIKad volym 1_1_1_1 ml

Urinflödesmätning Genomförd Ej genomförd

Mikterad volym..... ml Max.flöde:.....ml/s (v. volym >50 ml eller ≥ 50% av förväntad volym f. ålder)

Kurvform (ange endast ett alternativ):

Klockformad Tornformad Staccato Interrupted/Fraktionerad Plåtå

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Uppgifter om blåsfunktionsutredning (forts)

Residualurinmätning (ange endast ett alternativ) *Genomfört* *Ej aktuellt* *Uteblivit*
Resultat Volontär miktionml. Residual-urin.....ml efter volontär miktion
 RIK volymml. Residual-urin.....ml efter RIK

Cystometri (ange endast ett alternativ) *Genomfört, datum.....* (åååå-mm-dd) *Ej aktuellt* *Uteblivit*
Genomfört utanför egna landstinget Ja Nej

Resultat
 Cystometrisk blåskapacitet _ _ _ _ _ ml (..... % av förväntad ålderskapacitet, från 4 år normalt 65-150%)
 Detrusortryck vid största blåsvolym enligt miktionslista cm H₂O
 Detrusortryck vid cystometrins avslutande..... cm H₂O vid volymen.....ml
 Läckage under fyllnadsfasen? Ja Nej
 Om ja, Läckagestryck cm H₂O vid volym ml
 under fasisk kontraktion ja nej osäker
 Överaktivitet Nej Ja, från volymen.....ml, amplitudcm H₂O
 högsta amplitud:cm H₂O vid volym:.....ml
 BCT (köld/isvatten-test) Positivt Negativt Svårbedömd Ingen uppgift

Cystometrin avbruten pga (ange endast ett alternativ, viktigaste)
 Tolererar inte fortsatt påfyllnad Detrusortryck > 40 cm H₂O i 10 min
 Detrusortryck utan kontraktion 60 cm H₂O Steady state infusion-läckage
 Blåsvolym 150% av största volym enligt miktions/RIK-lista Annat, vad.....
 Uppgift saknas

Kommentar:.....

Uppgifter om bild-funktionsdiagnostik uro

Ultraljud (USG) njurar-urinvägar *Genomfört, datum.....* (åååå-mm-dd) *Ej aktuellt* *Uteblivit*

<i>Resultat höger sida</i>	<i>Resultat vänster sida</i>
Njure utan anmärkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift
Dilaterat njurbäcken = antero-posteriort (AP) mått, AP-mått över 12 mm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift
Njurlängdcmcm

MUCG *Genomfört, datum.....* (åååå-mm-dd) *Ej aktuellt* *Uteblivit*

<i>Resultat höger sida</i>	<i>Resultat vänster sida</i>
Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift
Om VU reflux ange grad: 0, I, II, III, IV, V	0, I, II, III, IV, V

Andra avvikande fynd vid USG och/eller MUCG: Ja Nej Osäker/ingen uppgift
 Om ja, vad: (flera alternativ kan anges)
 Vidgad uretär hö, inkl uretäröcele Vidgad uretär vä, inkl uretäröcele
 Trabekulerad blåsa Förtjockad blåsvägg
 Blåsdivertikel/lar Blåspolyp/er
 Urinblåsekonkrement Medfödd missbildning
 Annat, vad.....

Personnummer - (ååååmmdd-nnnn)

Uppgifter om bild-funktionsdiagnostik uro (forts)

DMSA (ange endast ett alternativ) *Genomfört, datum.....* (åååå-mm-dd) *Ej aktuellt* *Uteblivit*

Resultat

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|---|
| Sidofördelning utan anmärkning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej, höger% | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |
| Parenkymaskador <u>höger</u> sida | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |
| Parenkymaskador <u>vänster</u> sida | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |
| Försämring sedan föregående | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |

Renografi MAG 3 *Genomfört, datum.....* *Ej aktuellt* *Uteblivit*

Resultat

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--|---|
| Sidofördelning utan anmärkning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej, höger% | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |
| Avflödeshinder <u>höger</u> sida | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |
| Avflödeshinder <u>vänster</u> sida | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |
| Försämring sedan föregående | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Osäker/ingen uppgift |

Kommentar bild-funktion uro:

Uppgift om analtryck

Är analtrycksmätning utförd? (< 3 år, ange endast ett alternativ)

- Ja, *datum.....* (åååå-mm-dd) Nej Osäker/ingen uppgift