



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 t ex Mitrofanoff, Monti, Kocknippel)

Suprapubisk kateter/vesicostomiknapp

KAD hela/delvis av dygnet

Ständigt urinläckage

Annat tömningsätt

Vesicostomi

Urostomi/urindeviation utan kontinensfunktion (t.ex Bricker)

Kontinent stomi (t.ex blåsaugmentation/blåshalsplastik/alternativ RIK-väg,
Kocks reservoar)

Uppgift saknas

Blåstömningsgenomföring, ett alternativ ska anges

Helt själv inklusive att ta sig till toaletten utan påminnelse från annan person

Enbart muntligt stöd från annan person

Enbart fysiskt 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 katetervärg: (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



5.3 Uro-tarm funktion 0-18 år

Vid spontan miktions

Urinflödesmätning > 6 år

Utfört ja nej

om "Ja":

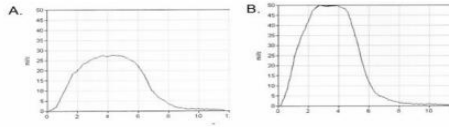
Mikterad volym |_|_|_|_| ml

Maxflöde |_|_| ml/s

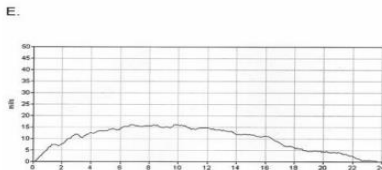
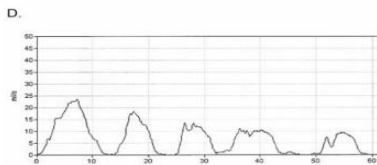
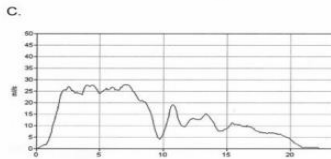
Residualurin |_|_|_|_| ml

Kurvform (ange endast ett alternativ enligt beskrivning nedan)

Klockformad Tornformad Staccato Interrupted/fraktionerad Platå



- A. Normal (klockformad)
B. Tornformad
C. Staccato
D. Interrupted/fraktionerad
E. Platå



The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Standardization Committee of the International Children's Continence Society
Paul F. Austin, Stuart B. Bauer, Wendy Bower, Janet Chase, Israel Franco, Piet Hoebeke, Søren Rittig, Johan Vande Walle, Alexander von Gontard, Anne Wright, Stephen S. Yang, and Tryggve Neveus
Neurourol. Urodynam. 9999:1–11, 2015.

Aktuell tarmtömningsfunktion

Tarmtömningsmetod, flera alternativ är möjliga

Spontan tarmtömning

Ja

Tarmsköljning/irrigation/lavemang (inkl Klyx®, Resulax® Microlax®)

Ja, retrograd (via rectum)

Ja, antegrad (via kirurgisk kanal, ex MACE, ACE, Chaitknapp)

Plockning

Colostomi/Ileostomi

Ingen regelbunden fungerande tarmtömningsmetod

Annat

Peroral läkemedelsbehandling för tarmen

Ja Nej

Tarmtömning genomförs, ett alternativ ska anges

Helt själv inklusive att ta sig till toaletten utan påminnelse från annan person

Enbart muntligt stöd från annan person

Enbart fysiskt stöd från annan person

Både muntligt och fysiskt stöd från annan person

Vet ej



Avföringsläckage förekommer, från 3 års ålder

- Ja, varje dygn
- Ja, någon/några gånger i veckan
- Ja, någon/några gånger i månaden
- Ja, enstaka tillfällen, mer sällan än varje månad
- Nej

Aktuell behandling urinvägar senaste året

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

Ja Nej Uppgift saknas

om ja:

Ja, läkemedel peroralt

Ja, läkemedel via instillation/ injektion i blåsan

Uppgifter om provtagningar

Blodprov

ja nej

om ja:

P/S-Kreatinin |__|__|__| umol/l

P/S-Cystatin C |__|__|__| mg/l

Relativ GFR |__|__|__| ml/min/1,73 m²

Urinsticka

ja nej

om ja:

Proteinuri ($\geq 2+$) Ja Nej

Hematuri ($\geq 2+$) Ja Nej

Urinodling

ja nej

om ja:

Ingen växt Växt av bakterier ja nej

om ja:

typ.....(E-coli mm)

om ja:

Ureasproducerande (stenbildande) bakteriestam påvisad Ja Nej

Blodtryck

ja nej

om ja:

Systoliskt |__|__|__| mm Hg Diastoliskt |__|__|__| mm Hg

Cystometri Genomförd ja nej

Om Ja: datum åååå-mm-dd

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

Detrusortryck vid största blåsvolym enligt miktion/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 nej Om "Ja" (åååå-mm-dd): _____

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

Resultat höger sida Ja Nej

Resultat vänster sida Ja Nej



5.3 Uro-tarm funktion 0-18 år

MUCG Genomförd ja nej Om "Ja" åååå-mm-dd: _____

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 MUCC:

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

Blåsdivertikel-/lar Ja Nej

Blåspolyp-/er Ja Nej

Urinblåsekonkrement Ja Nej

Medfödd missbildning Ja Nej

Annat, vad

DMSA

Genomförd ja nej Om "Ja": åååå-mm-dd

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 nej Om "Ja" (åååå-mm-dd:

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)

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

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

- Nej
- Ja
- Okänt