



## 5.3 Uro-tarm funktion 0-18 år

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 tömningssätt  Vesicostomi  
 Urostomi/urindeviation utan kontinensfunktion (t.ex Bricker)  
 Kontinent stomi (ex. blåsaugmentation/blåshalsplastik/alternativ RIK-väg, Kocks reservoar)
- Uppgift saknas

Blåstömningen genomförs, 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 katetergrovlek: (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



## 5.3 Uro-tarm funktion 0-18 år

### 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**, från 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®)

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 m<sup>2</sup>

**Urinsticka**

ja  nej

om ja: Proteinuri (≥ 2+)  Ja  Nej

Hematuri (≥ 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 H<sub>2</sub>O

**Läckage under fyllnadsfasen?**  Ja  Nej

Om ja, läckage tryck |\_\_|\_\_|\_\_| cm H<sub>2</sub>O vid |\_\_|\_\_|\_\_| volym ml

**Överaktivitet**  Nej  Ja, från volymen |\_\_|\_\_|\_\_| ml, högsta trycktopp |\_\_|\_\_|\_\_| cm H<sub>2</sub>O



### 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

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 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

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



# MMCUP

Kvalitetsregistret för MMC  
och annan neuralrörsdefekt

## 5.3 Uro-tarm funktion 0-18 år

### 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