

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAAHOITOPIIRI

NAISEN LANTIONPOHJAN OIREKYSELY

Nimi: _____
Päivämäärä: ____/____ 20____

Henkilötunnus: _____

1. ONKO SINULLA VIRTSANKARKAILUA? Kyllä ____ Ei ____

Vastaa alla oleviin kysymyksiin **ympyröimällä vastaus.**

	0	1	2
Kuinka monta virtsaamiskertaa sinulla on päivääikaan?	5 - 7	8 - 10	11
Kuinka monta kertaa joudut öisin nousemaan virtsalle?	0 - 1	2 - 3	4-
Jääkö rakkoon virtsaa virtsaamisen jälkeen?	Ei	Joskus	Usein
Aiheuttavatko kiire tai jännitys virtsapakkoa?	Ei	Lievää	Voimakasta
Karkaako virtsa ponnistaessa (esim. yskäisy)?	Kyllä	Joskus	Ajoittain muutoinkin
Karkaako virtsa välittömästi ponnistuksen yhteydessä?	Heti	En osaa sanoa	Ponnistuksen jälkeen
Tunnetko virtsaamistarvetta ennen virtsan karkaamista?	Ei	Joskus	Usein
Kuinka paljon virtsaa karkaa kerralla?	Tippoja	Lirahdus	Virtsaa alkaa valua
Kykenetkö keskeyttämään virtsaamisen?	Kyllä	Melko hyvin	Ei
Onko sinulla ollut virtsatietulehduksia viimeisen 2 vuoden aikana? Kuinka monta?	Ei	1 - 2	3 tai enemmän

Erotusdiagnostiikka (lääkäri merkitsee): >8 rakon instabiliateetti, <6 ponnistusinkontinenssi

tulos:

	0	1	2
Karkaako virtsa ilman ponnistusta ja asennosta riippumatta (esim. makuulla)?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Karkaako virtsa vähäisessä ponnistuksessa (esim. seisomaan noustessa)?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Karkaako virtsa yhtäkkiessä voimakkaassa ponnistuksessa (esim. aivastaessa tai juostessa)?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet jokapäiväisiä askareitasi?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet ansiotyötäsi?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Pelkäätkö, että muut huomaavat virtsan karkaamisen aiheuttaman hajun ja märkyyden?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet harrastuksiasi ja menojaasi?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet sukupuolielämäsi?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Ärtyvätkö ulkosynnyttimet?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Joudutko käyttämään siteitä tai vaippoja?	Ei	Joskus	Hyvin usein

Haitta-aste (lääkäri merkitsee): >10 huomattava haitta, <5 intensiivihoito ei perusteltua

tulos:

Arvioi kuinka paljon haittaa virtsankarkailusta on sinulle? Merkitse X viivalle.

●-----●

Ei lainkaan

Erittäin paljon

1/2

2. ONKO SINULLA ULOSTEEN KARKAILUA? Kyllä _____ Ei _____

Vastaa alla oleviin kysymyksiin **laittamalla X** sopivaan kohtaan.

	0 Ei koskaan	1 Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	2 Joka kuukausi	3 Joka viikko	4 Joka päivä
Karkaako kiinteä uloste?					
Karkaako löysä uloste?					
Karkaako ilma?					
Käytätkö housunsuojaa ulosteenkarkailun vuoksi?					
Haittaako ulosteenkarkailu elämänlaatuasi ja sosiaalista elämääsi?					

Werner luokka (lääkäri merkitsee): ≥ 9 heikentää elämänlaatua

Tulos:

Arvioi kuinka paljon haittaa ulosteenkarkailusta on sinulle? Merkitse X viivalle.

●-----●

Ei lainkaan

Erittäin paljon

3. ONKO SINULLA UMMETUSTA TAI ULOSTAMISVAIKEUTTA? Kyllä _____ Ei _____

Vastaa alla oleviin kysymyksiin **laittamalla X** sopivaan kohtaan.

	Kyllä	Ei		Kyllä	Ei
Ulostan alle kolme kertaa viikossa			Joudun kovasti ponnistelemaan ulostaessani		
Käytän ulostuslääkkeitä			Tunnen esteen tunnetta yrittäessäni ulostaa		
Ulosteeni ovat kovia			Joudun ulostamaan useita kertoja peräkkäin ja ulostetta jää peräsuoleen		
En tunne ulostamisen tarvetta			Joudun sormilla painamaan peräsuolen ulkopuolelta tai kaivamaan/poistamaan ulostetta		

Drossman kriteeri pos. (lääkäri merkitsee): ulostaminen ≤ 3 x vrk +/- ponnistus yli $\frac{1}{4}$ ulostamisajasta **Tulos:**

Arvioi kuinka paljon haittaa ulostamisvaikeudesta on sinulle? Merkitse X viivalle.

●-----●

Ei lainkaan

Erittäin paljon

4. RAJOTTAAKO LANTIONPOHJAN TOIMINTAHÄIRIÖT SUKUPUOLIELÄMÄÄSI?

Kyllä _____ Ei _____ En halua, että asia otetaan esille _____

5. ONKO SINULLA PULLISTUMA / LASKEUMA Kyllä _____ Ei _____

HAITTAAVIN ONGELMANI ON (ympyröi)

virtsan-karkailu	ulosteen-karkailu	ummetus /ulostamisvaikeus	pullistuma/ laskeuma
------------------	-------------------	---------------------------	----------------------

Muita ongelmia: _____