



Symtomformulär

Namn:

Personnr:

Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur du upplever din situation.

	Inte alls	Mindre än en gång av fem	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
1. Under den senaste månaden, hur ofta har du haft en känsla av att inte tömma blåsan fullständigt efter att du slutat urinera?	0	1	2	3	4	5
2. Under den senaste månaden, hur ofta har du varit tvungen att urinera igen mindre än 2 timmar efter att du slutat urinera?	0	1	2	3	4	5
3. Under den senaste månaden, hur ofta har du funnit att du stoppade upp och startade igen flera gånger när du urinerade?	0	1	2	3	4	5
4. Under den senaste månaden, hur ofta har du svårt att skjuta upp urineringen?	0	1	2	3	4	5
5. Under den senaste månaden, hur ofta har du upplevt en svag urinstråle?	0	1	2	3	4	5
	Aldrig	En gång per natt	2 ggr per natt	3 ggr per natt	4 ggr per natt	5 ggr per natt
6. Under den senaste månaden, hur många gånger per natt har du vanligen gått upp för att urinera från det att du lagt dig tills att du steg upp på morgonen?	0	1	2	3	4	5
Total summa poäng:						

	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Olycklig	Fruktansvärt olycklig
7. Om du skulle leva resten av livet med vattenkastningsbesvär som det är nu, hur skulle du känna inför detta?	0	1	2	3	4	5	6