



## Vandladnings-/afføringsspørgeskema

Barnets navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr. \_\_\_\_\_

### 1. Sygdomme i familien

Har din mor, far eller søskende haft:

- Forstoppelse     Vandladningsuheld om dagen     Vandladningsuheld om natten  
 Blærebetændelse     Andet: \_\_\_\_\_

### 2. Symptomer

Har barnet vandladning i sengen/ble om natten?     Ja     Nej

Hvis ja:

- |  | Ikke                         | Lidt                           | Meget                    |
|--|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| • Hvor generet er barnet af våd seng om natten?  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| • Hvornår opstod problemet? _____  |                              |                                |                          |
| • Hvor ofte har barnet våd ble/seng?   |                              |                                |                          |
| <input type="checkbox"/> Hver nat <input type="checkbox"/> 1-2 gange om ugen <input type="checkbox"/> 1-2 gange om måneden |                              |                                |                          |
| • Er der tale om små eller store portioner?  | <input type="checkbox"/> Små | <input type="checkbox"/> Store |                          |

Har barnet vandladningsuheld om dagen?:     Ja     Nej

Hvis ja:

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hvornår opstod problemet? _____   |                          |                          |                          |
| • Hvor ofte optræder der uheld?   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Flere gange dagligt <input type="checkbox"/> Hver dag <input type="checkbox"/> 1-2 gange om ugen |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 1-2 gange om måneden   |                          |                          |                          |
|   | Ja                       | Nej                      |                          |
| • Får barnet ofte pludselig vandladningstrang så det ikke når på toilettet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Er der tale om store vandladninger?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Er der tale om drypuheld?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | Ikke                     | Lidt                     | Meget                    |
| • Hvor generet er barnet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor mange vandladninger har barnet?:

- 4-5 gange dagligt     7-10 gange dagligt     mere end 10 gange dagligt



### 3. Blærebetændelse

Har barnet nogensinde haft blærebetændelse?  Ja  Nej

Hvis ja:

- Hvor mange gange pr. år? \_\_\_\_\_
- Hvornår startede problemet? \_\_\_\_\_
- Har barnet fået foretaget undersøgelse af urin Ja  Nej  Ved ikke
- Har barnet været behandlet for blærebetændelse? Ja  Nej  Ved ikke
- Har barnet fået foretaget ultralydsscanning af maven/nyrer og urinveje?  
Ja  Nej  Ved ikke

### 4. Tarmfunktion/forstoppelse

Mange børn får problemer med vandladningen pga. forstoppelse. Derfor vil vi gerne spørge om symptomer på forstoppelse hos jeres barn.

- Har jeres barn den sidste måned en eller flere gange om ugen oplevet følgende?

Ja    Nej

To eller færre afføringer om ugen

Afføringsinkontinens/uheld mindst  
en gang pr. uge

Vist modvilje mod at have afføring  
(holder sig i udtalt grad)

Haft smertefulde og hårde afføringer

Haft afgang af store mængder afføring  
(der fx kan tilstoppe toilettet)

#### BRISTOL SKALA:

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Type 1 |  | Separate hårde klumper, der ligner nødder |
| <input type="checkbox"/> Type 2 |  | Pølseform, men med klumper                |
| <input type="checkbox"/> Type 3 |  | Ligner en pølse med revner på ydersiden   |
| <input type="checkbox"/> Type 4 |  | Ligner en pølse, smidig og blød           |
| <input type="checkbox"/> Type 5 |  | Bløde klumper (let at få ud)              |
| <input type="checkbox"/> Type 6 |  | Småstykker                                |
| <input type="checkbox"/> Type 7 |  | Vandig uden klumper. Kun væske.           |