**Vragenlijst urinecontrole**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam patiënt: |  | |
| Geboortedatum: |  | |
| Datum opvangen urine: |  | |
| Hoe laat is de urine opgevangen? | Tijd: | |
| ***Graag aankruisen wat er voor u van toepassing is:*** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u de urine in de koelkast bewaard? |  |  |
| Heeft u een katheter? |  |  |
| **Klachten:** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u een branderig gevoel bij het plassen? |  |  |
| Bestaan de klachten korter dan 7 dagen? |  |  |
| Heeft u last van vaak plassen of loze aandrang? |  |  |
| Heeft u pijn in de onderbuik? |  |  |
| Heeft u pijn in de flanken/zij? |  |  |
| Herkent u de klachten? |  |  |
| Heeft u koorts? | Ja, temperatuur: |  |
| Heeft u last van ziektegevoel? |  |  |
| Is er bloed aanwezig bij de urine? |  |  |
| Heeft u een SOA-risico? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Voor vrouwen** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u last van vaginale irritatie? |  |  |
| Heeft u toename van afscheiding? |  |  |
| Bent u (mogelijk) zwanger? |  |  |

Andere bijzonderheden/opmerkingen: