**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: