

Namn: _____

Datum: _____

Personnummer: _____

USS-PROM: Patientrapporterat utfallsmått efter operation för urinrörsförträngning

Tack för att du svarar på detta frågeformulär. Frågorna är framtagna för att mäta hur urinrörsförträngningar påverkar patienters liv. Vissa frågor kan kännas snarlika, men var och en är unik. Ta dig tid att läsa och besvara varje fråga noga och bocka för den ruta som bäst beskriver dina symtom **under de senaste fyra veckorna**.

Om du för närvarande har en urinrörskateter eller suprapubisk kateter (en kateter genom nedre delen av buken), **vänligen börja på sida 2**.

1. Dröjer det innan vattenkastningen börjar?

- 0 ☐ aldrig
1 ☐ sällan
2 ☐ ibland
3 ☐ ofta
4 ☐ alltid

2. Hur skulle du beskriva styrkan i din urinstråle?

- 0 ☐ normal
1 ☐ sällan svag
2 ☐ ibland svag
3 ☐ ofta svag
4 ☐ alltid svag

3. Behöver du krysta för att kunna fortsätta urinera?

- 0 ☐ aldrig
1 ☐ sällan
2 ☐ ibland
3 ☐ ofta
4 ☐ alltid

4. Börjar du om mer än en gång när du urinerar?

- 0 ☐ aldrig
1 ☐ sällan
2 ☐ ibland
3 ☐ ofta
4 ☐ alltid

5. Hur ofta känner du att urinblåsan inte har tömts tillräckligt efter det att du har urinerat?

- 0 ☐ aldrig
1 ☐ sällan
2 ☐ ibland
3 ☐ ofta
4 ☐ alltid

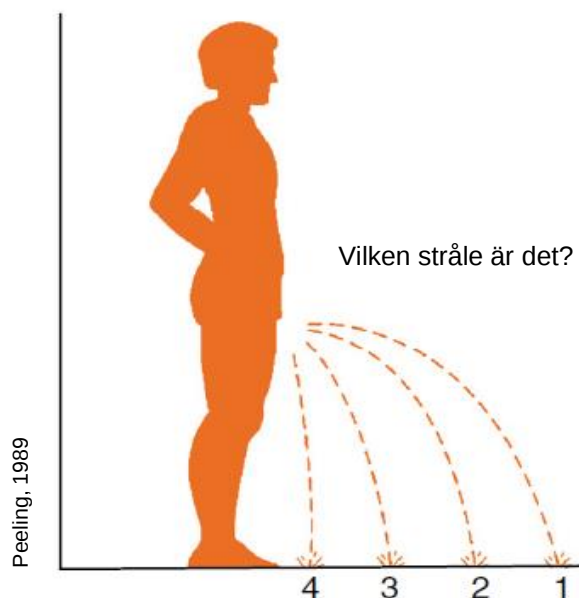
6. Hur ofta har det uppstått urinläckage i byxorna i samband med att du slutat urinera och tagit på dig kläderna?

- 0 ☐ aldrig
1 ☐ sällan
2 ☐ ibland
3 ☐ ofta
4 ☐ alltid

7. Hur mycket påverkar dina urinvägssymtom ditt liv, på det hela taget?

- 0 ☐ Inte alls
1 ☐ Lite grann
2 ☐ En hel del
3 ☐ Mycket

8. Vänligen ringa in det nummer som överensstämmer med styrkan på din urinstråle under den senaste månaden...



9. Är du nöjd med resultatet av din operation?

- ☐ Ja, mycket nöjd
- ☐ Ja, nöjd
- ☐ Nej, missnöjd
- ☐ Nej, mycket missnöjd

10. Om du är missnöjd eller mycket missnöjd, beror det på att:

- ☐ Urineringsproblemet inte blev bättre
- ☐ Urineringsproblemet blev bättre men det förekom andra problem
- ☐ Urineringsproblemet inte blev bättre och det förekom även andra problem

Kryssa under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

RÖRLIGHET

- ☐ Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- ☐ Jag har vissa svårigheter med att gå omkring
- ☐ Jag är sängliggande

PERSONLIG VÅRD

- ☐ Jag har inga svårigheter med personlig vård
- ☐ Jag har vissa svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- ☐ Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

VANLIGA AKTIVITETER (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter)

- ☐ Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- ☐ Jag har vissa svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- ☐ Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

SMÄRTOR / BESVÄR

- ☐ Jag har varken smärtor eller besvär
- ☐ Jag har måttliga smärtor eller besvär
- ☐ Jag har extrema smärtor eller besvär

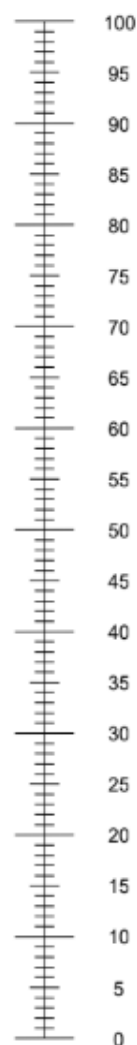
ORO / NEDSTÄMDHET

- ☐ Jag är varken orolig eller nedstämd
- ☐ Jag är ganska orolig eller nedstämd
- ☐ Jag är extremt orolig eller nedstämd

Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.

- Den här skalan är numrerad från 0 till 100.
- **100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.**
- **0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.**
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.
- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

Bästa hälsa du kan tänka dig



Din hälsa idag = _____

Sämsta hälsa du kan tänka dig