

## Bilaga 2: Symtom – Diagnos

Datum.....

Namn.....

Symtom	Diagnos	
	Ansträngningsinkontinens	Trängningsinkontinens
2. Blir du ofta svårt kissnödig?	Nej	Ja
3. Hinner du till toaletten?	Ja	Nej
4. Har du läckage vid fysisk aktivitet t.ex. nysning, hosta, skratt, lyft, hopp, jogging?	Ja	Nej
5. Hur stor mängd läcker du?	Liten	Stor
6. Har du svårt att tömma blåsan?	Nej	Ja
7. Gör det ont när du kissar?	Nej	Ja
8. Hur många gånger kissar du per dygn?	Högst 8 ggr	Mer än 8 ggr
9. Går du upp på natten och kissar?	Ovanligt	Vanligt
10. Hur många gånger kissar du per natt?	1 – 2 ggr	Fler än 2 ggr