



Fyll i och tag med vid besök på mottagningen!

## FRÅGEFORMULÄR OM SÄNGVÄTNING/URININKONTINENS

Sängvätning är ofta en ärftlig åkomma

En del barn har även besvär med att hålla urinen på dagen och då kan det finnas andra förklaringar till sängvätning. Vi är tacksamma om du innan besöket på mottagningen kan observera ditt barn i några dagar och sedan fylla i formuläret nedan och ta med det till besöket.

### Finns det några andra i familjen som har, eller har haft, sängvätningsproblem?

Far Mor Syskon Andra

### När blev ditt barn torr på dagen?

\_\_\_\_\_

### Har ditt barn varit torr på natten i en period över sex (6) månader?

NEJ JA Om JA, i så fall när: \_\_\_\_\_

### Kissar ditt barn i sängen

Före midnatt NEJ JA

Efter midnatt NEJ JA

Mer än 1 gång/natt NEJ JA

### Sover tungt?

NEJ JA

### Är svårare att väcka än andra barn?

NEJ JA

### Hur ofta kissar ditt barn på dagen? (antal gånger)

1-2 3-4 5-7 oftare än 7

### Droppar i trosorna/kalsongerna mellan toalettbesök?

NEJ JA

### Sätter sig på huk när han/hon är kissnödig?

NEJ JA

### Har svårt att kissa?

NEJ JA IBLAND

### Dålig fart på strålen?

NEJ JA

### Hur ser toalettbesöket ut?

KISSAR LITE ÅT GÅNGEN KISSAR ALLT PÅ EN GÅNG

**Krystar/anstränger sig för att kissa?**

NEJ JA

**Haft urinvägsinfektioner?**

NEJ JA

**Har ditt barn besvär med förstoppning**

NEJ JA IBLAND

**Svårt att hålla avföring?**

NEJ JA

Vilka behandlingar har ni provat tidigare?

---

---

---

---

Vilken effekt har det haft

---

---

---

Något/några andra problem?

---

---

---

DATUM: \_\_\_\_\_

Förälder/målsmans underskrift:

---

Vänligen ta med ifyllt formulär till ert bokade besök.

Välkomna!