

## Anamneselijst urine-incontinentie

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Naam cliënt:</b>  | <b>Geboortedatum:</b>    | <b>Datum ingevuld:</b>   |                          |
| <b>Vragen ter bepaling van de ernst</b>  |                          |                          |                          |
| Verliest u dagelijks ongewild urine?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verliest u per keer meer dan enkele druppels?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Worden u dagelijkse bezigheden verstoord door het urineverlies?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Vragen te differentiatie stress/ aandrangincontinentie</b>  |                          |                          |                          |
| Verliest u kortdurend urine bij lachen, niezen, of tillen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verliest u urine bij verandering van lichaamshouding of lopen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verliest u urine zonder dat u aandrang voelt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u vlak voor of op het moment van urineverlies aandrang om te plassen?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kunt u uw urine goed ophouden bij aandrang tot plassen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moet u overdag meer dan 10x naar het toilet om kleine beetjes te plassen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veroorzaakt stromend water ongewild urineverlies?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is het ongewild urine verlies opgetreden na een urologische operatie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is het ongewild urine verlies opgetreden na een gynaecologische operatie of na een bevalling?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Medicijnen</b>  |                          |                          |                          |
| Welke medicijnen gebruikt cliënt? (invloed op incontinentie)   |                          |                          |                          |
| <b>Mobiliteit tijdens toiletgang</b>   |                          |                          |                          |
| Cliënt loopt met een loophulpmiddel naar toilet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welk loophulpmiddel?   |                          |                          |                          |
| Cliënt gebruikt poststoel naast het bed  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welk hulpmiddel is verder nodig?   |                          |                          |                          |
| Cliënt gebruikt de po in het bed   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cliënt heeft hulp nodig bij de verzorging van de toiletgang?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welke hulp heeft de cliënt nodig?  |                          |                          |                          |
| Opmerkingen mobiliteit   |                          |                          |                          |
| <b>Handfunctie</b>   |                          |                          |                          |
| Cliënt kan knoop broek openen en rest van de kleding zelf uittrekken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cliënt kan toiletdeur open en dicht doen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opmerkingen handfunctie van de cliënt  |                          |                          |                          |
| <b>Gezichtsvermogen</b>  |                          |                          |                          |
| Cliënt kan de weg naar het toilet zien.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beleving van de cliënt bij incontinentiezorg? (bijv. gespannen, agressie, pijn, weerstand, emotioneel belastend) |                          |                          |                          |
| <b>Huidconditie</b>  |                          |                          |                          |
| Hoe ziet de huid van het onderlichaam eruit? (kleur, droog, irritatie, smetplekken, jeuk, vochtletsel)           |                          |                          |                          |