

## Urinaflevering til lægehuset

For at højne kvaliteten af behandlingen af urinvejsinfektioner, bedes dette skema udfyldes ved aflevering af urinprøve til lægehuset.

Navn:

CPR-nr:

Prøven er lavet klokken \_\_\_\_\_

Opbevaret i køleskab?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Midtstråleurin?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Har du hyppig vandladning?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Svie ved vandladning?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Feber?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Hvis feber, hvor høj?

\_\_\_\_\_

Hvor lang tid har der været symptomer

\_\_\_\_\_ dage

Har du haft blærebetændelse inden for det sidste år?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Er du gravid?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Har du menstruation?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Har du kateter?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Er der tale om kontrol efter behandling?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Hvis ja, er der stadig symptomer?

Ja \_\_\_\_\_

Nej \_\_\_\_\_

Anden årsag til aflevering af urinprøve

\_\_\_\_\_

Evt. medicin sendes til

\_\_\_\_\_

tlf.nr hvor du kan træffes

\_\_\_\_\_