

Drikke- og  
vandladningskema  
samt spørgeskema  
Mænd



Aleris  
Hamlet

## Dette hæfte indeholder et drikke- og vandladningsskema, som har til formål at beskrive dit drikke- og vandladningsmønster over 3 døgn.

Du skal registrere (måle) den væske, du indtager samt mængden af urin ved vandladningen. Nedenfor finder du en beskrivelse af, hvordan skemaet udfyldes korrekt. Du bedes udfylde skemaet på de næste sider.

Bagerst i hæftet er et spørgeskema angående din vandladning. Det skal du også udfylde.

### Drikke- og vandladningsskemaet indeholder 2 kolonner

#### Druknet (ml)

I denne kolonne skal du anføre, hvor meget væske, du har indtaget i milliliter (ml):

1.000 ml = 10 dl = 1 l

1 glas: ca. 200 ml

1 kop: ca. 100 - 150 ml

1 sodavand: ca. 250 ml

1 øl: ca. 330 ml

#### Vandladning (ml)

Ved hvert toiletbesøg skal du i denne kolonne anføre, hvor mange milliliter (ml) urin, du er kommet af med. Brug et målebæger

Kl.	Druknet (ml)	Vandladning (ml)	Bemærkning b.l.a. aktivitet
07.00	100	200	
08.00	300		
09.00			
10.00			
11.00			
12.00	200		
13.00		200	
14.00		100	Skulle pludselig tisse, inden jeg nåede på toilet
15.00	150		
16.00			
17.00			
18.00		100	Under løbetur skulle jeg pludselig tisse
19.00	300		
20.00			

Eksempel på udfyldelse af skema

# Dag 1

Navn
CPR

Dato

- Arbejdsdag  
 Fridag

Kl.	Drukket (ml)	Vandladning (ml)	Bemærkning b.l.a. aktivitet
07.00			
08.00			
09.00			
10.00			
11.00			
12.00			
13.00			
14.00			
15.00			
16.00			
17.00			
18.00			
19.00			
20.00			
21.00			
22.00			
23.00			
24.00			
01.00			
02.00			
03.00			
04.00			
05.00			
06.00			
I alt			

## Dag 2

Navn
CPR

Dato

Arbejdsdag

Fridag

Kl.	Drukket (ml)	Vandladning (ml)	Bemærkning b.l.a. aktivitet
07.00			
08.00			
09.00			
10.00			
11.00			
12.00			
13.00			
14.00			
15.00			
16.00			
17.00			
18.00			
19.00			
20.00			
21.00			
22.00			
23.00			
24.00			
01.00			
02.00			
03.00			
04.00			
05.00			
06.00			
I alt			

# Dag 3

Navn
CPR

Dato

- Arbejdsdag  
 Fridag

Kl.	Drukket (ml)	Vandladning (ml)	Bemærkning b.l.a. aktivitet
07.00			
08.00			
09.00			
10.00			
11.00			
12.00			
13.00			
14.00			
15.00			
16.00			
17.00			
18.00			
19.00			
20.00			
21.00			
22.00			
23.00			
24.00			
01.00			
02.00			
03.00			
04.00			
05.00			
06.00			
I alt			

Navn  
CPR

<b>Igangsætnings- besvær</b>	<b>1A</b>	<b>Skal du vente på, at vand- ladningen kommer igang?</b>	<b>1B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Hver dag	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Slap stråle</b>	<b>2A</b>	<b>Synes du, at urinstrålen er</b>	<b>2B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lidt slap <input type="checkbox"/> Meget slap <input type="checkbox"/> Dryppende	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Blæretømning</b>	<b>3A</b>	<b>Føler du, at du får tømt blæren helt?</b>	<b>3B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Ja altid <input type="checkbox"/> Lejlighedsvist <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Tømmes aldrig helt	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Brug af bugpresse</b>	<b>4A</b>	<b>Skal du presse for at starte vandladningen/holde den i gang?</b>	<b>4B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Hyppeghed af vand- ladning om dagen</b>	<b>5A</b>	<b>Hvor lang tid går der højest mellem hver enkelt vandladning?</b>	<b>5B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Mere end 3 timer <input type="checkbox"/> 2-3 timer <input type="checkbox"/> 1-2 timer <input type="checkbox"/> Mindre end 1 time	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Natlig vandladning</b>	<b>6A</b>	<b>Hvor mange gange skal du lade vandet om natten?</b>	<b>6B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> 0 gange <input type="checkbox"/> 1-2 gange <input type="checkbox"/> 3-4 gange <input type="checkbox"/> 5 gange eller mere	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem

<b>Vandladningstrang</b>	<b>7A</b>	<b>Oplever du en bydende (stærk) vandladningstrang?</b>	<b>7B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Ufrivillig vandladning ved trang</b>	<b>8A</b>	<b>Er vandladningstrangen så kraftig, at du ikke kan holde på vandet?</b>	<b>8B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Smerter eller svien ved vandladning</b>	<b>9A</b>	<b>Gør det ondt eller svier det, når du lader vandet?</b>	<b>9B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Efterdryp</b>	<b>10A</b>	<b>Drypper du urin, når du tror vandladningen er færdig?</b>	<b>10B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> I toiletet <input type="checkbox"/> Lidt i bukserne <input type="checkbox"/> Meget i bukserne	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Ufrivillig vandladning uden trang</b>	<b>11A</b>	<b>Har du ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse?</b>	<b>11B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem
<b>Ufrivillig vandladning uden trang og uden fysisk anstrengelse</b>	<b>12A</b>	<b>Har du ufrivillig vandladning uden fysisk anstrengelse og uden trang (svien)?</b>	<b>12B</b>	<b>Hvor meget er dette til gene for dig?</b>
Delscore = A x B <input type="text"/>	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hver gang	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Intet problem <input type="checkbox"/> Lille problem <input type="checkbox"/> Moderat problem <input type="checkbox"/> Stort problem

## Aleris-Hamlet Hospitaler - Vest

---

### Aalborg

Sofiendalsvej 97  
DK - 9200 Aalborg SV  
Tlf. +45 3637 2750  
aalborg@aleris-hamlet.dk

### Esbjerg

Bavnehøjvej 2  
DK - 6700 Esbjerg  
Tlf. +45 3637 2700  
esbjerg@aleris-hamlet.dk

### Aarhus

Brendstrupgårdsvej 21 A, 1. sal  
DK - 8200 Aarhus N  
Tlf. +45 3637 2500  
aarhus@aleris-hamlet.dk

### Herning

Poulsgade 8, 2. sal  
DK - 7400 Herning  
Tlf. +45 3637 2600  
herning@aleris-hamlet.dk

## Aleris-Hamlet Hospitaler - Øst

---

### København

Gyngemose Parkvej 66  
DK - 2860 Søborg  
Tlf. +45 3817 0700  
kobenhavn@aleris-hamlet.dk

### Ringsted

Haslevvej 13  
DK - 4100 Ringsted  
Tlf. +45 5761 0914  
ringsted@aleris-hamlet.dk

[www.aleris-hamlet.dk](http://www.aleris-hamlet.dk)

## Telefon åbningstider i kundeservice

	Vest	Øst
Mandag - torsdag	8 - 18	8 - 18
Fredag	8 - 15	8 - 16
Lørdag - søndag	Lukket	Lukket

Aleris-Hamlet Hospitaler ©  
9. udgave marts 2021. Udarbejdet af JSH/KJK/BMI.  
Revideres marts 2024. Godkendt af kvalitetsledelsen