

Pasientdata (Barkode) (må fylles ut)	
<b>Navn</b> _____ <b>Adresse</b> _____ <b>Fødselsnr. (11 siffer)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Sykehus</b> _____ _____ _____

Før operasjon, dato for utfylling:

År                  Måned                  Dag

**Symptomer og St. Marks score: (Sett kryss for aktuelle verdier. NB! alle linjer må besvares)**  
 (aldri: ingen tilfeller siste fire uker. Sjelden: 1 tilfelle siste fire uker. Av og til: >1 tilfelle siste fire uker, men <1 tilfelle i uka. Ukentlig: 1 el. flere tilfeller i uka, men <1 tilfelle per dag. Daglig: 1 el. flere tilfeller per dag.)

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ukentlig	Daglig
Lekkasje av fast avføring	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Lekkasje av flytende avføring	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Lekkasje av luft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Endring av livsstil*	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
*Hvor ofte har lekkasjeplagene begrenset aktiviteter i hverdagslivet ditt den siste mnd?					
				Nei	Ja
Behov for å bruke bind eller propp pga. lekkasje av avføring				<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Bruk av forstoppende medikament				<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Manglende evne til å utsette avføring i 15 minutter				<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4
<b>Total score</b>					<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Urinlekkasje?</b>				<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja

**Livskvalitet**

Hvordan er din generelle livskvalitet? (Verst tenkelig = 0. Best tenkelig = 10)

0                                  5                                  10

I hvor stor grad har din analinkontinens påvirket ditt seksualliv?  
 (I svært liten grad = 0. I svært stor grad = 10)

0                                  5                                  10

Ikke aktuelt

## Endoanal ultralyd (fylles ut før sfinkterplastikk eller SNM)

Er endoanal ultralyd utført?

Nei  Ja  Ja, men ukjent resultat

Vurdering i midtre analkanal midtveis mellom distale begrensning av puborectalslyngen og den distale begrensning av eksterne sfinkter

Kun partiell defekt i ytre sfinkter\*

Nei  Ja

\*Defekt som omfatter >50% av sfinkertykkelsen

Fullveggsdefekt i ytre sfinkter

Nei  Ja

Hvis ja , utstrekning av defekt

fra kl  til kl  antall timer

Hvis ja , utstrekning ukjent

Fullveggsdefekt i indre sfinkter

Nei  Ja

Hvis ja , utstrekning av defekt

fra kl  til kl  antall timer

Hvis ja , utstrekning ukjent

Øvrig

Kommentarer