

**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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År		Måned		Dag			

**Symptomer og Wexner score: (Sett kryss for aktuelle verdier. NB! alle linjer må besvares)**

<1/mnd = sjeldnere enn 1 gang pr måned. <1/uke = En eller flere ganger pr måned, men < 1 uke. <1/dag = Ukentlig eller mer, men ikke hver dag. Alltid = En gang daglig eller oftere.

Inkontinensstype	Aldri	<1/mnd	<1/uke	<1/dag	Alltid
Formet avføring	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Flytende avføring	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Luft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bleie/bind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Endret 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.

**Urinlekkasje?**
 Nei  Ja

**Livskvalitet**

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

<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"/>
0		5				10			

I hvor stor grad har din analinkontinens påvirket ditt seksualliv?

(I svært liten grad = 0. I svært stor grad = 10)

<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"/>
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 sfinktertykkelsen

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