

Oplysningskema ved urinundersøgelse

Navn: _____

Cpr-nr.: _____

Symptomer:

	Ja:	Nej:
Feber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændret adfærd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sviende vandladning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyppig vandladning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontrol efter endt behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruger du kateter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blærebet. inden for 6 mdr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du menstruation nu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet: _____

	Ja:	Ved ikke:	Nej:
Kendt allergi for penicillin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinen skal have været i blæren mindst 2 timer inden prøvetagning

Urinen er opsamlet: Dato _____ Kl. _____