

URINMÄTNINGSLISTA - DYGN 1

Namn: _____

Personnummer: _____

Datum: _____

Tid	Urinvolym (dl)	Trängning	Läckage	Notering

Jag gick upp kl: _____

Jag gick och lade mig kl: _____

Förklaring

Trängning = hur stark känslan är av att behöva kissa.

- **1 = Ingen eller lätt trängning** Du kan vänta med att gå på toaletten)
- **2 = Måttlig trängning** Du känner att du behöver kissa inom en stund.
- **3 = Kraftig trängning** Du måste gå till toaletten direkt och har svårt att hålla dig.

Läckage = urin som kommer utan att du kan kontrollera det.

- **X = Droppläckage** Några droppar urin.
- **XX = Skvätt** En mindre mängd urinläckage.
- **XXX = Vått** Ett större läckage så att underkläder eller skydd blir våta.

Notering: Skriv gärna om något särskilt hände i samband med läckaget eller trängningen, till exempel hosta, skratt, lyft, promenad, träning eller om du inte hann fram till toaletten.

URINMÄTNINGSLISTA - DYGN 2

Namn: _____

Personnummer: _____

Datum: _____

Tid	Urinvolym (dl)	Trängning	Läckage	Notering

Jag gick upp kl: _____

Jag gick och lade mig kl: _____

Förklaring

Trängning = hur stark känslan är av att behöva kissa.

- **1 = Ingen eller lätt trängning** Du kan vänta med att gå på toaletten)
- **2 = Måttlig trängning** Du känner att du behöver kissa inom en stund.
- **3 = Kraftig trängning** Du måste gå till toaletten direkt och har svårt att hålla dig.

Läckage = urin som kommer utan att du kan kontrollera det.

- **X = Droppläckage** Några droppar urin.
- **XX = Skvätt** En mindre mängd urinläckage.
- **XXX = Vått** Ett större läckage så att underkläder eller skydd blir våta.

Notering: Skriv gärna om något särskilt hände i samband med läckaget eller trängningen, till exempel hosta, skratt, lyft, promenad, träning eller om du inte hann fram till toaletten.

