

# Urinaflevering

For at højne kvaliteten af behandlingen af urinvejsinfektioner, bedes dette skema udfyldes ved aflevering af urinprøve til Lægecenter Storvorde

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

Prøven er lavet klokken \_\_\_\_\_

Opbevaret i køleskab? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Midtstråleurin? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Har du hyppig vandladning? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Svie ved vandladning? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Feber? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Hvis feber, hvor høj? \_\_\_\_\_  
Hvor lang tid har der været symptomer \_\_\_\_\_ dage

Har du haft blærebetændelse inden for det sidste år? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Er du gravid? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Har du menstruation? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Har du kateter? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Er der tale om kontrol efter behandling? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Hvis ja, er der stadig symptomer? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Anden årsag til aflevering af urinprøve \_\_\_\_\_

Evt. medicin sendes til \_\_\_\_\_

tlf.nr hvor du kan træffes \_\_\_\_\_