



Vragenlijst urineweginfectie, in te vullen door patiënt

Datum: _____

Naam: _____ M / V

Geboortedatum: _____ Tel: _____

| | |
|---|--|
| De controle van de urine is voor: <input type="checkbox"/> een nieuwe klacht / <input type="checkbox"/> na een kuur | |
| Hoe laat heeft u de urine opgevangen? _____ uur | |
| Hoe lang heeft u niet geplast voordat u deze urine afnam? _____ uur | |
| Levert u een gewassen middenstroomurine in? (zie voorzijde) | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft de urine in de koelkast gestaan? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Sinds wanneer heeft u klachten? | |
| Herkent u de klachten? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u een brandend of pijnlijk gevoel bij en/of na het plassen? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Moet u vaker plassen dan normaal? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Plast u kleine beetje(s) of heeft u aandrang om te plassen? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u ongewenst urineverlies? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u koorts boven 38°C? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u pijn in de rug, zij, flanken en/of onderbuik? Zo ja, waar? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u bloed bij de urine? (NB: geen menstruatiebloed) | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u een gevoel van ziek-zijn? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u afscheiding uit vagina/ penis? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Overige klachten: | |
| Bent u zwanger? Zo ja, hoeveel weken? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Bestaat de mogelijkheid dat u een geslachtziekte (SOA) hebt? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Heeft u een allergie voor antibiotica, zo ja welke? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nee |
| Indien de urine van een kind is (<12 jaar), wat is het gewicht van het kind? | |



Urineopvang instructie (gewassen middenstroom)

- Bij voorkeur ochtendurine, tenminste 4 uur na de vorige plas.
- Gebruik voor het opvangen van de urine een steriel potje met rode deksel dat u van de assistente heeft meegekregen.
- Plas eerst een beetje uit in het toilet, daarna vangt u de urine op in het potje en de rest plast u uit in het toilet.



Voor vrouwen:

De schaamlippen en het gebied er tussen wassen met water en droog deppen. Houd de schaamlippen met 2 vingers gespreid tijdens het plassen.

Voor mannen:

De voorhuid terugschuiven, de eikel reinigen met water en drogen. Trek de voorhuid terug tijdens het plassen.

- Sluit het potje goed af met het deksel, vermeld naam en geboortedatum op het potje.
- Breng de urine direct naar de praktijk, is dit niet mogelijk dan moet de urine in de **koelkast** bewaard worden.
- Graag dit formulier compleet invullen (uw gegevens en klachten).
- De urine voor _____ uur brengen, u kunt na _____ uur bellen voor de uitslag.

Onderstaande in te vullen door doktersassistente

| Stick | Uricult | Sediment |
|---|---|--------------|
| Nitriet: <input type="checkbox"/> pos/ <input type="checkbox"/> neg | Uricult: <input type="checkbox"/> pos/ <input type="checkbox"/> neg | Bacteriën: |
| Leukocyten: | Kiemgetal: | Leukocyten: |
| Erytrocyten: | Cled (groen): | Erytrocyten: |
| Ketonen: | McConkey (roze): | Amorf: |
| Glucose: | | Epitheel: |
| Proteïne: | | Overig: |
| | | |