

# SKEMA DAN-PSS

Spørgsmål vedrørende vandladningsgener hos mænd  
med forstørret blærehalskirtel (prostata)

## INSTRUKS

Spørgsmålene i dette skema tjener til at belyse Deres symptomer og gener. Spørgeskemaet er opbygget således, at første spørgsmål (A) belyser et symptoms omfang, og det efterfølgende spørgsmål (B) belyser, hvor meget De er generet af symptomet.

Skemaet udfyldes ved for hvert af de 15 spørgsmål at sætte et kryds for symptomets omfang og et for, hvor meget De er generet.

Spørgeskemaet bedes besvaret ud fra Deres tilstand gennem de sidste 2 uger. (Skemaet vil ligesom andre lægelige oplysninger blive behandlet fortroligt).

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

CPR nr.: \_\_\_\_\_

Dato for udfyldelse af skema: dag \_\_\_\_\_ måned \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_

Hvor længe har De haft vandladningsproblemer:

Antal år: \_\_\_\_\_ Antal mdr.: \_\_\_\_\_ Antal uger: \_\_\_\_\_

Udfyld venligst nedenstående, såfremt De tager medicin til daglig.

Præparatets navn: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Præparatets navn: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Præparatets navn: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Præparatets navn: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Er De blevet opereret for prostata sygdom?  Ja  Nej

**1A - Skal De vente på at vandladningen kommer i gang?**

- Nej 0   
Sjældent 1   
Dagligt 2   
Hver gang 3

**1B - Hvis De skal vente på at vandladningen kommer i gang, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- Ingen gene 0   
Lidt generende 1   
Moderat generende 2   
Meget generende 3

**2A - Syntes De, at urinstrålen er?**

- Normal 0   
Lidt slap 1   
Meget slap 2   
Dryppende 3

**2B - Hvis urinstrålen er slap, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- Ingen gene 0   
Lidt generende 1   
Moderat generende 2   
Meget generende 3

**3A - Føler De, at De får tømt blæren helt ved vandladning?**

- Ja, altid 0   
Oftest 1   
Sjældent 2   
Tømmes aldrig helt 3

**3B - Hvis De føler, at blæren ikke tømmes helt ved vandladning, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- Ingen gene 0   
Lidt generende 1   
Moderat generende 2   
Meget generende 3

**4A - Skal De presse for at starte vandladningen og/eller holde vandladningen i gang?**

- Nej 0   
Sjældent 1   
Dagligt 2   
Hver gang 3

**4B - Hvis De skal presse, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- Ingen gene 0   
Lidt generende 1   
Moderat generende 2   
Meget generende 3

**5A - Hvor lang tid går der højst mellem hver vandladning, fra De vågner til De går i seng?**

- Mere end 3 timer 0   
2-3 timer 1   
1-2 timer 2   
Mindre end 1 time 3

**5B - Er det en gene for Dem, at De ofte skal lade vandet?**

- Ingen gene 0   
Lidt generende 1   
Moderat generende 2   
Meget generende 3

**6A - Hvor mange gange skal De lade vandet om natten?**

- 0 gange 0   
1-2 gange 1   
3-4 gange 2   
5 gange eller mere 3

**6B - Hvis De skal lade vandet om natten, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- Ingen gene 0   
Lidt generende 1   
Moderat generende 2   
Meget generende 3

**7A - Oplever De en bydende (stærk) vandladningstrang?**

- |           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| Aldrig    | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sjældent  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Dagligt   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hver gang | 3 | <input type="checkbox"/> |

**7B - Hvis De oplever en bydende (stærk) vandladningstrang, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Ingen gene        | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt generende    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Moderat generende | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget generende   | 3 | <input type="checkbox"/> |

**8A - Er vandladningstrangen så kraftig, at De ikke kan holde på vandet, indtil De når toilettet?**

- |           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| Nej       | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sjældent  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Dagligt   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hver gang | 3 | <input type="checkbox"/> |

**8B - Hvis urinen løber fra Dem, inden de når toilettet, hvor stor gene er dette så for Dem?**

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Ingen gene        | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt generende    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Moderat generende | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget generende   | 3 | <input type="checkbox"/> |

**9A - Gør det ondt eller svier, når De lader vandet?**

- |           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| Nej       | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sjældent  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Dagligt   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hver gang | 3 | <input type="checkbox"/> |

**9B - Hvis det gør ondt eller svier, når De lader vandet, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Ingen gene        | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt generende    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Moderat generende | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget generende   | 3 | <input type="checkbox"/> |

**10A - Drypper der urin, når De tror, vandladningen er færdig (efterdryp)?**

- |                  |   |                          |
|------------------|---|--------------------------|
| Nej              | 0 | <input type="checkbox"/> |
| I toilettet      | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt i bukserne  | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget i bukserne | 3 | <input type="checkbox"/> |

**10B - Hvis der drypper urin, når De tror vandladningen er færdig, hvor stor gene er dette så for Dem?**

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Ingen gene        | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt generende    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Moderat generende | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget generende   | 3 | <input type="checkbox"/> |

**11A - Har De ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse (f.eks. hoste, nys, løft)?**

- |           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| Nej       | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sjældent  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Dagligt   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hver gang | 3 | <input type="checkbox"/> |

**11B - Hvis De har ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse, hvor stor en gene er dette så for Dem?**

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Ingen gene        | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt generende    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Moderat generende | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget generende   | 3 | <input type="checkbox"/> |

**12A - Har De ufrivillig vandladning uden fysisk anstrengelse og uden trang (siven)?**

- |           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| Nej       | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sjældent  | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Dagligt   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hver gang | 3 | <input type="checkbox"/> |

**12B - Hvis urinen siver fra Dem uden trang og uden fysisk anstrengelse, hvor stor gene er dette så for Dem?**

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Ingen gene        | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Lidt generende    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Moderat generende | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Meget generende   | 3 | <input type="checkbox"/> |

## SAMMENTÆLLING AF SCORE (udfyldes af lægen)

Spørgsmål nr.	Score A	Score B	Score AxB	Spørgsmål nr.	Score A	Score B	Score AxB
Spørgsmål 1	_____	_____	_____	Spørgsmål 7	_____	_____	_____
Spørgsmål 2	_____	_____	_____	Spørgsmål 8	_____	_____	_____
Spørgsmål 3	_____	_____	_____	Spørgsmål 9	_____	_____	_____
Spørgsmål 4	_____	_____	_____	Spørgsmål 10	_____	_____	_____
Spørgsmål 5	_____	_____	_____	Spørgsmål 11	_____	_____	_____
Spørgsmål 6	_____	_____	_____	Spørgsmål 12	_____	_____	_____
				<b>I alt</b>	_____	_____	_____

## SEKSUALSPØRGSMÅL

Prostatalidelser og deres eventuelle behandling kan have indflydelse på seksualfunktionen. For at registrere dette, vil vi anmode Dem om at besvare de følgende spørgsmål. Svarene bør afspejle tilstanden, som den har været den sidste måned. Besvareelserne gennemgås kun af personer, som er omfattet af den lægelige tavshedspligt.

- Sæt kryds her, hvis De ikke ønsker at besvare spørgsmålene.
- Sæt kryds her, hvis De ikke har noget seksualliv overhovedet, d.v.s. aldrig seksuel lyst/drift, rejsning, samleje eller onani. De behøver herefter ikke udfylde skemaet yderligere.

Hvis De er seksuelt aktiv, bedes De besvare nedenstående spørgsmål.

### 13A - Kan De få rejsning?

- Ja, med normal stivhed 0
- Ja, med let nedsat stivhed 1
- Ja, med meget nedsat stivhed 2
- Nej, kan ikke få rejsning 3

### 13B - Hvis De har problemer med at få rejsning, hvor stor en gene er dette så for Dem?

- Ingen gene 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 14A - Har De sædafgang?

- Ja, i normal mængde 0
- Ja, i let nedsat mængde 1
- Ja, i meget nedsat mængde 2
- Nej 3

### 14B - Hvis De har nedsat eller ophævet sædafgang, hvor stor en gene er dette så for Dem?

- Ingen gene 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 15A - Hvis De har sædafgang, oplever De da smerter/ubehag ved sædafgang?

- Nej 0
- Ja, lette smerter/ubehag 1
- Ja, moderat smerter/ubehag 2
- Ja, stærk smerte/ubehag 3

### 15B - Hvis De har smerter/ubehag ved sædafgang, hvor stor en gene er dette så for Dem?

- Ingen gene 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3