



Utvärderingsformulär

Vänligen notera följande:

Person nr: _____

Namn: _____

1. Hur länge kunde Du hålla kvar **Gepan[®] instill** i blåsan?
2. Notera varje dag graden av smärta och trängning i respektive kolumn: "0" = ingen smärta/trängning och "10" = värsta tänkbara smärta/trängning. Notera antalet blåstömningar under det senaste dygnet och specificera dem Du haft på natten.
3. Vänligen tag med detta schema till mottagningen/kliniken vid nästa behandling med **Gepan[®] instill**.

		Årtal	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Gepan [®] instill kvarhölls i blåsan under ...		min	%	%	%	%	%	%
Smärta	Värsta tänkbara smärta	10	10	10	10	10	10	10
		9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6
	Ingen smärta	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0		
Trängningar	Värsta tänkbara trängningskänsla	10	10	10	10	10	10	10
		9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6
	Ingen trängningskänsla	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0		
Antal blåstömningar	per dygn							
	varav på natten							