

Patient Evalueringsskema

Notér venligst:

1. Hvor lang tid du kunne holde **Gepan[®] instill** i blæren.?
2. Hver dag bedes du på nedenstående skala fra 0 til 10 vurdere din oplevelse af smerter og vandladningstrang: "0" = smertefri og "10" = den stærkest tænkelige smerte/trang. Nederst bedes du notere antallet af vandladninger i døgnet, herunder hvor mange gange du måtte op om natten.

Venligst medbring dette skema næste gang du skal have en behandling med **Gepan[®] instill**.

		Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gepan [®] instill forblev i blæren		min	%	%	%	%	%
		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smerte	stærkest tænkelige smertefølelse	10	10	10	10	10	10
		9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1
		ingen smerter	0	0	0	0	0
Vandladnings- trang	stærkeste følelse af trang	10	10	10	10	10	10
		9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1
		ingen trang	0	0	0	0	0
Antal vandladninger	i døgnet						
	om natten						