

**Konfidensielt**

Dato for utfylling: (dd.mm.yyyy) □ □ . □ □ . □ □ □ □

Mange mennesker opplever å ha avføringsuhell eller lekkasjer fra endetarmen. Vi prøver å finne ut hvor mange som opplever disse symptomene og hvor mye det plager dem. Vi vil sette pris på om du kan svare på spørsmålene som følger, med tanke på hvordan du har hatt det DE SISTE TRE MÅNEDENE.

1 **Fødselsår** □ □ □ □

2 **Kjønn**  Kvinne  Mann

**Avføringsmønster**

**3 Hvor mange ganger har du vanligvis avføring i løpet av 24 timer?**

Kryss av ett svaralternativ for "vanligvis", og kryss av ett svaralternativ for "på det verste".

	(a) Vanligvis	(b) På det verste
Mindre enn én gang	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
En til tre ganger	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Tre til ti ganger	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Ti eller flere ganger	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

**(c) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall fra 0 (*ikke i det hele tatt*) til 10 (*svært mye*)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

**4 Hvor ofte har du avføring i løpet av natten fra du legger deg og til du står opp om morgenen? (*Kryss av ett svaralternativ*)**

- Aldri  0
- En gang  1
- To ganger  2
- Tre ganger  3
- Fire eller flere ganger  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye





**5 Må du skynde deg på toalettet når du skal ha avføring? (Kryss av ett svaralternativ)**

(a)

- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

**6 Bruker du medikamenter (tabletter eller miksturer) for å stoppe avføringen?**

(Kryss av ett svaralternativ)

(a)

- Aldri  0
- Sjeldnere enn en gang i måneden  1
- Sjeldnere enn en gang i uka  2
- Sjeldnere enn en gang om dagen  3
- Omtrent en gang om dagen  4
- Flere ganger daglig  5

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

**7 Har du smerter eller svie rundt endetarmen?**

(Kryss av ett svaralternativ)

(a)

- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

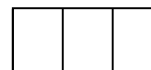
- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

Avføringsmønster: sum skår 3a - 7a





## Tarmkontroll

**8 Opplever du å ha avføringsflekker i undertøyet ditt eller at du må bruke innlegg på grunn av lekkasje?** (Kryss av ett svaralternativ)

(a)

- Aldri  0  
 Sjeldnere enn en gang i måneden  1  
 Sjeldnere enn en gang i uka  2  
 Sjeldnere enn en gang om dagen  3  
 Hver dag  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

**9 Klarer du å holde på flytende eller løs avføring?**  
 (Kryss av ett svaralternativ)

(a)

- Alltid  0  
 Vanligvis  1  
 Av og til  2  
 Sjelden  3  
 Aldri  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

**10 Klarer du å holde på fast eller hard avføring?**  
 (Kryss av ett svaralternativ)

(a)

- Alltid  0  
 Vanligvis  1  
 Av og til  2  
 Sjelden  3  
 Aldri  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye





**11 Klarer du å holde på luft (promp)?**

*(Kryss av ett svaralternativ)*

(a)

- Alltid  0
- Vanligvis  1
- Av og til  2
- Sjelden  3
- Aldri  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye

**12 Klarer du å holde igjen siv av slim fra endetarmen?**

*(Kryss av ett svaralternativ)*

(a)

- Alltid  0
- Vanligvis  1
- Av og til  2
- Sjelden  3
- Aldri  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye

**13 Har du luft- eller avføringsuhell uten at du føler trang til å gå på toalettet?**

*(Kryss av ett svaralternativ)*

(a)

- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye



**14 Er dine uhell/ lekkasjer i forhold til avføring/ luft uforutsigbare?**

*(Kryss av ett svaralternativ)*

- (a)
- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye








Tarmkontrollskår: sum skår 8a - 14a

--	--

**Andre luft- og avføringssymptomer**

**15 Bruk bildene og kryss av for hvordan din avføring som oftest ser ut.**

*(Sett kryss ved alle bildene som passer)*

- (a)
- |  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| Harde, separate knoller, som nøtter (vanskelig å trykke ut)    |  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Pølseformet, med klumper                                       |   | <input type="checkbox"/> 2 |
| Pølseformet, med sprekker på overflaten                        |  | <input type="checkbox"/> 3 |
| Pølseformet eller slangeformet - glatt og myk                  |  | <input type="checkbox"/> 4 |
| Myke klumper, med klar avgrensning (lett å trykke ut)          |  | <input type="checkbox"/> 5 |
| Luftige klatter som er frynsete i kantene, en grøtete avføring |  | <input type="checkbox"/> 6 |
| Flytende, ingen faste elementer                                |  | <input type="checkbox"/> 7 |

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye





**16** Må du presse for å ha avføring? (Kryss av ett svaralternativ)

- (a)
- Aldri  0
  - Sjelden  1
  - Av og til  2
  - Vanligvis  3
  - Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye

**17** Bekymrer du deg over mulige luft- og avføringsuhell?

- (a)
- Aldri  0
  - Sjelden  1
  - Av og til  2
  - Vanligvis  3
  - Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye

## Innvirkning på seksuallivet

**18** Begrenser du ditt seksualliv på grunn av mulige uhell/ lekkasjer i forhold til avføring/luft? (Kryss av ett svaralternativ)

- (a)
- Aldri  0
  - Sjelden  1
  - Av og til  2
  - Vanligvis  3
  - Alltid  4
  - Ikke aktuelt  5

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ikke i det hele tatt

svært mye





## Livskvalitet

19 Gjør dine uhell/ lekkasjer i forhold til avføring/luft deg flau? (Kryss av ett svaralternativ)

- (a)
- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

(b) Hvor mye plager dette deg?

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

20 Gjør dine uhell/lekkasjer i forhold til avføring/luft at du må forsikre deg om hvor nærmeste toalett er? (Kryss av ett svaralternativ)

- (a)
- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

(b) Hvor mye plager dette deg?

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

21 Påvirker dine uhell/lekkasjer i forhold til avføring/luft din planlegging av hverdagen? (Kryss av ett svaralternativ)

- (a)
- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

(b) Hvor mye plager dette deg?

Sett kryss ved et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye)

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye



--	--	--

**22 Gjør dine uhell/lekkasjer i forhold til avføring/luft at du holder deg hjemme oftere enn du ønsker? (Kryss av ett svaralternativ)**

- (a)
- Aldri  0
- Sjelden  1
- Av og til  2
- Vanligvis  3
- Alltid  4

**(b) Hvor mye plager dette deg?**

Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

**23 Alt i alt, hvor mye vil du si at dine uhell/lekkasjer i forhold til avføring/luft griper inn i ditt dagligliv? Sett kryss ved et tall mellom 0 (*ikke i det hele tatt*) og 10 (*svært mye*)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

ikke i det hele tatt

svært mye

Livskvalitetsskår: sum skår 19a-23

--	--

**24 Bruk plassen under til å beskrive eventuelle bekymringer du har i forhold til uhell/lekkasjer av avføring/luft, hva du tror er årsaken til uhellene/lekkasjene, eller andre ting du synes vi bør vite om.**

