|  |
| --- |
| **Opvangen en bewaren van de urine**- Vang de urine op in een schoon potje en sluit dit goed af- Breng de urine binnen twee uur naar de praktijk. Kunt u het pas later brengen? Zet het potje dan in de koelkast en breng het binnen 24 uur  |
| **Datum vandaag:** | **NAAM + GEBOORTEDATUM** |
| **Tijdstip waarop de urine is opgevangen:…………….** |
| **In koelkast bewaard**  | **JA** | **NEE** |

* **Kunt u aankruisen waarvoor u de urine brengt?**
* Omdat u denkt dat u een blaasontsteking heeft
* Klachten zijn herkenbaar?
* Als controle na een antibioticum kuur
* Omdat u onderzoek naar een SOA (seksueel overdraagbare aandoeding) uit wilt sluiten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Kunt u aankruisen welke klachten u heeft** | **Ja** | **Nee** |
| 1 | Pijnlijk of branderig gevoel tijdens het plassen |  |  |
| 2 | Vaker plassen of kleine beetjes plassen |  |  |
| 3 | Pijn in de onderrug of buik |  |  |
| 4 | Koorts ( **boven 38 )** |  |  |
| 5 | Heeft u bloed in de urine gezien? |  |  |
| 6 | Heeft u aandrang zonder dat u kunt plassen? |  |  |
| 7 | Voelt u zich ziek? |  |  |
| 8 | Heeft u een urine katheter? |  |  |
| 9 | Heeft u suikerziekte? |  |  |
| 10 | Heeft u een allergie voor een bepaalde antibiotica?  |  |  |
|  | **Zo ja, welke antibiotica?** |
| 11 | Heeft u vaker dan 3x per jaar een blaasontsteking? |  |  |

 **Vragen voor vrouwen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kunt u aankruisen welke klachten u heeft** | **Ja** | **Nee** |
| 1 | Heeft u vaginale klachten of ongewone vaginale afscheiding? |  |  |
| 2 | Menstrueert u nu? |  |  |
| 3 | Bent u zwanger? |  |  |
|  | **Zo ja, hoeveel weken ?**  |
| 4 | Bent u net bevallen ? |  |  |
| 5 | Heeft u een katheter gehad na de bevalling? |  |  |
| 6 | Geeft u borstvoeding? |  |  |

**Vragen voor mannen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kunt u aankruisen welke klachten u heeft** | **Ja** | **Nee** |
| 1 | Heeft u pijn rond de anus? |  |  |
| 2 | Heeft u afscheiding uit de penis ?  |  |  |

**Vragen kind (tot 16 jaar)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Gewicht kind in KG |

**In te vullen voor de assistente**

Urinestick: N E G LEUCO BLOED
Dipslide: Ja Nee