

Vragenlijst met betrekking tot blaasontsteking tot 12 jaar

(Bewaar het potje urine in de koelkast of geeft het binnen 2 uur af)

Wilt u bij het afgeven van de urine dit formulier invullen?

Zo kunnen we u zo goed mogelijk helpen. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Naam _____
Geboortedatum _____
Huisarts _____

	Ja	Nee
Eerste ochtendurine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u de urine koel bewaard?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdstip van opvangen:	____:____	
Gewicht	_____	
Sinds wanneer zijn er klachten?	_____	
Is uw kind zindelijk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zo ja, sinds wanneer?</i>	_____	
Is het schaamgebied schoon gemaakt voor het opvangen v.d. urine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is de urine opgevangen d.m.v. een plaszakje?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zo ja, hoe lang opgeplakt gezeten?</i>	_____	

	Ja	Nee
Pijn bij het plassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaker dan normaal plassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stinkende urine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troebele urine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rode urine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buikpijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Misselijkheid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koorts?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zo ja, wat is de temperatuur?</i>	_____	
Diarree? (= meer dan 4x/dag, dun tot waterdun)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinentie? (= onwillekeurig urineverlies)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slecht drinken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huilen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geprikkeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere klachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zo ja, welke?</i>	_____	
Eerder blaasontsteking gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afwijkingen aan de nieren en/of urinewegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zo ja, welke?</i>	_____	
Antibiotica allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zo ja, voor welk middel:</i>	_____	

Tijdstip binnenkomst ____:____

Tijdstip onderzoek ____:____