

## International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)

Spørgsmålene i dette skema skal hjælpe lægen til at finde ud af, hvad du fejler, og i hvor høj grad du er generet af dine vandladningsproblemer.

Skemaet består af 4 spørgsmål, som alle skal besvares.

Skemaet tager udgangspunkt i dine vandladningsproblemer, som de har været de sidste 4 uger.

Sum bruges til kontrol af behandling.

---

Navn:

---

Cpr-nr.:

### 1. Hvor ofte lækker du urin ufrivilligt (er inkontinent)?

Aldrig (0)

Højest en gang om ugen (1)

Flere gange om ugen (2)

En gang dagligt (3)

Flere gange dagligt (4)

Hele tiden (5)

### 2. Hvor meget urin lækker du almindeligvis ufrivilligt?

Intet (0)

En lille mængde (2)

En moderat mængde (4)

En stor mængde (6)

### 3. Hvor meget påvirker din urininkontinens alt i alt dit daglige liv?

Sæt en ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (betydeligt)

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

### 4. I hvilke situationer er du urininkontinent?

Er aldrig inkontinent

Inden jeg går på toiletet

Når jeg hoster eller nyser

Mens jeg sover

Når jeg er fysisk aktiv/dyrker sport

Når jeg har fået tøjet på efter at have ladet vandet

Er inkontinent uden nogen oplagt årsag

Urinen siver hele tiden