**Vragenlijst urine onderzoek**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **M** / **V**
Gewicht: .........kg *(alleen invullen indien leeftijd jonger dan 12 jaar)*

|  |
| --- |
| **Brengt u ochtendurine: Ja Nee Kunt u aankruisen waarvoor u de urine brengt: Ja Nee**Brengt u urine voor controle na behandeling? Brengt u urine op advies van de (huis)arts? Heeft u een afspraak bij de huisarts? **Kunt u aankruisen welke klachten u heeft: Ja Nee**Heeft u pijn of branderigheid tijdens het plassen? Moet u vaker plassen of kleine beetjes plassen? Heeft u pijn in de onderbuik? Heeft u koorts boven de 38 graden? Herkent u de klachten van een blaasontsteking? Heeft u het laatste jaar vaker een blaasontsteking gehad? Heeft u afscheiding uit uw penis of vagina? Is er een kans dat u een SOA heeft? **Kunt u de volgende vragen beantwoorden: Ja Nee**Voelt u zich ziek? Heeft u een verblijfskatheter? Heeft u een blaas- of nierziekte? Heeft u diabetes? Bent u allergisch voor antibiotica?  Zo ja, voor welk middel? ..........................................................**De volgende vragen zijn alleen voor vrouwen: Ja Nee Niet van toepassing**Bent u aan het menstrueren op dit moment? Zou u zwanger kunnen zijn?  Zo ja, hoeveel weken zwanger bent u? .......................................................... |
| *Notities assistentepH: Kleur:................................................Glucose: Geur:................................................Ketonen: Leukocyten:Nitriet:Eiwit:Hb: Beleid: dipslide/urinekweek/AB/ Ery’s: afspraak spreekuur* |