

Vragenlijst voor kinderen met plasklachten

Voor ouders om in te vullen.

A Algemeen

A_001	Voornaam kind	
A_002	Achternaam kind	
A_003	Geslacht	<input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje
A_004	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	/ /
A_005	Invuldatum	/ /
A_006	E-mailadres ouders en/of kind	
A_007	Reden van verwijzing	plasklachten

B Urineverlies overdag

B_001	Vanaf welke leeftijd is uw kind zindelijk?	jaar en maand(en)
B_002	Verliest uw kind overdag urine?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee -> ga verder met C
B_003	Verliest uw kind urine in de broek?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee -> ga verder met C
B_004	Op welke leeftijd begonnen de ongelukjes?	jaar en maand(en)
B_005	Hoe vaak per week komt het voor?	<input type="checkbox"/> minder dan 3x per week <input type="checkbox"/> 3-7 keer per week <input type="checkbox"/> dagelijks, meerdere keren per dag
B_006	Hoe nat is het ondergoed?	<input type="checkbox"/> druppels tot scheut <input type="checkbox"/> drijfnat <input type="checkbox"/> wisselend nat <input type="checkbox"/> soms een dag droog
B_007	Is de broek/legging/ maillot nat?	<input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> regelmatig <input type="checkbox"/> nooit
B_008	Wanneer treden de natte broeken op?	<input type="checkbox"/> ochtend <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> avond <input type="checkbox"/> de hele dag door <input type="checkbox"/> bij activiteit <input type="checkbox"/> weet niet
B_009	Treedt urineverlies op voor of na plassen op toilet?	<input type="checkbox"/> voor <input type="checkbox"/> na
B_010	Gebeurt het alleen in speciale situaties, bijvoorbeeld tijdens het spelen, TV kijken of computeren?	<input type="checkbox"/> ja, namelijk bij <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet
B_011	Loopt uw kind door met een natte broek?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet

C Plasgewoonten

		ja	nee	onbekend
C_001	Doet uw kind een plas direct na het wakker worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_002	Moet u uw kind meestal naar het toilet sturen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_003	Plast uw kind haastig en slordig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_004	Perst uw kind mee tijdens het plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_005	Verloopt de plasstraal onderbroken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_006	Is het plassen wel eens pijnlijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_007	Bij meisjes: plast zij tegen de voorkant van de wc of tegen de wc-bril aan als zij rechtop zit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_008	Zijn de bovenbenen en/of de billen nat na het plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C_009	Bij meisjes: is er regelmatig jeuk/irritatie rond het plasgaatje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Aandrang

		nooit	soms	vaak	onbekend
D_001	Heeft uw kind regelmatig heftige plasdrang, die moeilijk te onderdrukken is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D_002	Zo ja, neemt uw kind dan een houding aan om het beter op te houden (bv hurkzit, scharen van de knieën, hand in het kruis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D_003	Geeft uw kind op tijd aandrang aan om te plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D_004	Stelt uw kind het plassen uit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D_005	Moet uw kind kort na het plassen weer naar het toilet voor een plas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D_006	Wordt uw kind met medicijnen behandeld voor plasklachten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> in het verleden <input type="checkbox"/> ja			
D_007	Zo ja, welke medicijnen	<input type="checkbox"/> Dridase/Oxybutinine <input type="checkbox"/> Detrusitol <input type="checkbox"/> Vesicare <input type="checkbox"/> Anders, namelijk			