**Urineonderzoek:**

Urine inleveren **vóór 10u** bij de assistente en **MOET** bewaard worden in de koelkast tot aan afgifte

Naam: Dhr./Mw:………………………. Datum van inleveren:…………………….

Adres: …………………..

Geb.datum:…………………

Huisarts: UIT/AJ/BLOM

**Klachten en reden van Urine-onderzoek:**  **Wat is de reden voor Urine-onderzoek:**

Pijn of branderig gevoel bij plassen Ja/Nee Klachten die mogelijk wijzen op UWI Ja/Nee

Vaker plassen dan normaal Ja/Nee Herkenning van klachten van eerder bewezen UWI Ja/Nee

Loze aandrang Ja/Nee Controle na een AB kuur Ja/Nee

Pijn in de buik/zij/bilnaad Ja/Nee Onderzoek ivm (verdenking) nierstenen Ja/Nee

Hoe hevig/soort pijn?................................................. Andere reden voor urineonderzoek Ja/Nee

U plast bloed Ja/Nee Welke reden:………..

Koliekpijn/- aanval Ja/Nee

Koorts (>38) Ja/Nee

Algeheel ziek zijn/ delier of verward Ja/Nee Op verzoek van Arts: UIT/BIJ/BLOM/DAM/

Herkent klachten van eerder bewezen UWI Ja/Nee Op verzoek van POH: NIEUW/RUIT/UITERWIJK

Geen klachten Ja/Nee

Andere klachten Ja/Nee

Welke klachten…………………………………………..

**Aanvullende vragen:** **Vrouwelijke patienten:**

Heeft de patient een blaascatheter? Ja/Nee Menstrueert patiente op dit moment Ja/Nee

Heeft u ooit nierstenen gehad? Ja/Nee Zwangerschap.….**weken** Ja/Nee

Heeft u (aangeboren) afwijking aan nier? Ja/Nee Geeft u borstvoeding Ja/nee

Gebruikt pat cytostatica/biological? Ja/Nee Vaginale jeuk/ afscheiding Ja/nee

Heeft u diabetes (suikerziekte) Ja/Nee

Is er sprake van Allergie en overgevoeligheden voor antibioticum (vlg patient) Ja/Nee/Onduidelijk

**Mannelijke patienten:**

Bent u behandeld met AB kuur voor UWI? Ja/Nee Afscheiding uit de penis Ja/Nee

Kans op SOA? Ja/Nee

Geeft pat.toestemming voor evt. kweek? Ja/Nee **Kinderen:**

Ik wil nog vermelden/Hoe lang heeft u klachten? ........…………….. Gewicht: …………Kg