|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patiënten formulier voor urineonderzoek** | | | | | | | | | | |
| Datum | |  | | | | | | | | |
| Naam | |  | | | | | | | | |
| Geboortedatum | |  | | | | | | | | |
| Geslacht | | □ Man | | □ Vrouw | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Huisarts | | □ Broeren | | | | □ Hartman | | □ Dijk | | □ Post |
|  | | | | | | | | | | |
| Afname tijd | | …….. uur | | | | | | | | |
| Controle na kuur | | Nee | | | Ja | | | | | |
| Suikerziekte | | Nee | | | Ja | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Welke klachten heeft u? *graag aankruisen* | | | | | | | | | | |
| □ Vaak plassen | | | | | □ Buikpijn | | | | | |
| □ Kleine beetjes plassen | | | | | □ Bloed in urine gezien | | | | | |
| □ Pijn/branderig gevoel bij plassen | | | | | □ **Koorts, temperatuur: …... °C** | | | | | |
| □ Ongewild urineverlies | | | | | □ Anders, namelijk: | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | |
| Heeft u eerder een blaasontsteking gehad | | | | | | | Nee | | Ja , wanneer: | |
| Herkent u de klachten | | | | | | | Nee | | Ja | |
| Kans op SOA (seksueel overdraagbare aandoening) | | | | | | | Nee | | Ja | |
| Ziekte van nieren of urinewegen | | | | | | | Nee | | Ja | |
| Catheter | | | | | | | Nee | | Ja | |
| Allergisch voor antibiotica | | | | | | | Nee | | Ja , welke: | |
|  | | | | | | | | | | |
| Alleen voor vrouwen | | | | | | | | | | |
| Menstrueert u op dit moment | | | | | | | Nee | | Ja | |
| Vaginale afscheiding | | | | | | | Nee | | Ja | |
| Zwanger | | | | | | | Nee | | Ja , …….. weken | |
| Borstvoeding | | | | | | | Nee | | Ja | |
|  | | | | | | | | | | |
| **In te vullen door doktersassistente / huisarts** | | | | | | | | | | |
| Uitslag urine | gb | |  | | | | | | | |
| Nitriet | Neg | | Pos | | | | | | | |
| Leuco’s | - | | + / ++ / +++ / ++++ | | | | | | | |
| Ery’s | - | | + / ++ / +++ / ++++ | | | | | | | |
| Glucose | - | | + / ++ / +++ / ++++ | | | | | | | |
| Eiwit | - | | + / ++ / +++ / ++++ | | | | | | | |
| Opmerkingen: |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |