

Formulier voor urinecontrole



Naam:

Geslacht: Man/Vrouw

Telefoonnummer waarop u vandaag te bereiken bent:.....

Geboortedatum:

Naam huisarts:

Controle na een kuur: JA/NEE

Eerste ochtendurine: JA/NEE

Heeft u pijn bij plassen? JA/NEE

Wat voor soort pijn is het? continue/ aanvallen

Moet u steeds kleine beetjes plassen? JA/NEE

Heeft u koorts? JA/NEE

Zo ja, hoe hoog?

Heeft u andere klachten zoals rug- of buikpijn? JA/NEE

Zo ja welke?

Heeft u eerder een blaasontsteking gehad? JA/NEE

 Zo ja, herkent u de klachten van toen? JA/NEE

 Zo ja, wanneer?.....

Bent u overgevoelig voor bepaalde medicijnen? JA/NEE

Welke?.....

Alleen voor vrouwen:

Menstrueert u op dit moment? JA/NEE

Heeft u last van vaginale jeuk? JA/NEE

Heeft u last van vaginale afscheiding? JA/NEE

Bent u zwanger? JA/NEE

Zo ja, hoeveel weken of maanden?

Uitslag: (in te vullen door de assistente)

Leuco's:

Nitriet:

Eiwit:

Glucose:

Ery's:

Beleid: Kweek.....

Uricult.....

Kuur.....