# Formulier Urineweginfectie

Naam :

m/v :

Geboortedatum :

Welke klachten:  **(omcirkel wat van toepassing is!)**

 **Pijn / branderig gevoel bij plassen >** ja / nee

**Vaak plassen >** ja / nee / **Loze aandrang** > ja / nee

**Buikpijn >** ja nee  **Pijn in de onderrug**  ja/ nee

**Flankpijn** > ja / nee **Bloed in urine gezien >** ja / nee

**Koorts** > ja / nee Temp gemeten:………

**Koude rillingen** (**niet warm/koud gevoel maar zichtbaar rillen**) > ja / nee

**Jeuk** > ja / nee **Abnormale afscheiding** > ja / nee

**Herkent de klachten van eerdere** **uwi** > ja /nee /nooit eerder gehad

**Tijdstip opgevangen**……..…...uur. **1e urine** > ja / nee **In koelkast bewaard** > ja / nee

**Klachten sinds** :

Katheter : nee / ja

Menstruatie : nee / ja

Zwanger : nee / ja zo ja, aantal weken: …………………………….

Allergie antibiotica? : nee / ja Welke:……………………………………**Medicatie bezorgen**: ja/nee