

13. Har du avföringsläckage?	Inget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Har du slem i avföringen?	Inget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Har du blod i avföringen?	Inget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Hur mycket påverkar dina avföringsproblem din dagliga aktivitet?	Inget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Vid vilket tillfälle/tillfällen har du avföringsläckage?	<input type="checkbox"/> Inget läckage alls <input type="checkbox"/> Hostar, nyser eller skrattar <input type="checkbox"/> Lyfter tungt <input type="checkbox"/> När Du reser Dig från sittande till stående <input type="checkbox"/> Vid gasavgång <input type="checkbox"/> Annat tillfälle.												
18. Om du skulle leva resten av ditt liv med din avföringsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?	<input type="checkbox"/> Mycket nöjd <input type="checkbox"/> Nöjd <input type="checkbox"/> Tillfredsställande <input type="checkbox"/> Blandade känslor <input type="checkbox"/> Missbelåten <input type="checkbox"/> Olycklig <input type="checkbox"/> Förfärligt												
19. Har du någon partner (fru, sambo, sällskap)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej												
20. Har du problem med Ditt sexualliv?	Inget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21. Har du använt några potenshjälpmedel för att kunna genomföra ett samlag?	<input type="checkbox"/> Nej, <u>gå till fråga 23</u> <input type="checkbox"/> Ja, Injektion/sprutbehandling (t.ex. Caverject) <input type="checkbox"/> Ja, Stift som införes i urinröret (t.ex. Bondil) <input type="checkbox"/> Ja, Tablett (t.ex. Viagra, Cialis, Levitra) <input type="checkbox"/> Ja, Annat Om Ja, hur ofta? <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Alltid												
22. Är erektionen tillräcklig <u>MED</u> potenshjälpmedel (se fråga 21) för att genomföra ett samlag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej												
23. Är erektionen tillräcklig <u>UTAN</u> potenshjälpmedel (se fråga 21) för att genomföra ett samlag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja												
24. Har du haft samlag/sexuellt smek sista:	<input type="checkbox"/> Veckan <input type="checkbox"/> Månaden <input type="checkbox"/> Året <input type="checkbox"/> Ej sista året												
25. Om du skulle leva resten av ditt liv med din sexualfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?	<input type="checkbox"/> Mycket nöjd <input type="checkbox"/> Nöjd <input type="checkbox"/> Tillfredsställande <input type="checkbox"/> Blandade känslor <input type="checkbox"/> Missbelåten <input type="checkbox"/> Olycklig <input type="checkbox"/> Förfärligt												

	Inte alls	Mindre än 1 utav 5 vattenkastningar	Mindre än hälften av vattenkastningarna	Varannan gång	Mer än hälften av vattenkastningarna	Nästan alltid
26. Hur ofta har du under de senaste 1-2 månaderna haft en känsla av ofullständig tömning efter avslutad vattenkastning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hur ofta har du under de senaste 1-2 månaderna varit tvungen att upprepa vattenkastningen inom 2 timmar efter att du kastat vatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hur ofta har du under de senaste 1-2 månaderna noterat att du fått stoppa och starta upprepade gånger under vattenkastningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hur ofta har du under de senaste 1-2 månaderna haft svårt att uppskjuta brådslande vattenkastning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hur ofta har du under de senaste 1-2 månaderna haft svag urinstråle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hur ofta har du under de senaste 1-2 månaderna varit tvungen att trycka eller krysta för att kunna påbörja vattenkastningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hur många gånger har du under de senaste 1-2 månaderna i genomsnitt kastat vatten från det du lagt dig på kvällen tills det du stigit upp på morgonen?	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> 1 gång	<input type="checkbox"/> 2 gånger	<input type="checkbox"/> 3 gånger	<input type="checkbox"/> 4 gånger	<input type="checkbox"/> 5 eller flera gånger
33. Har du urinläckage?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Läcker ibland vid hosta, nysning, eller använder droppskydd vid speciell fysisk ansträngning, t.ex. sportaktivitet, trädgårdsarbete		<input type="checkbox"/> Droppskydd hela tiden (utom möjligtvis nattetid) men de är inte alltid våta	<input type="checkbox"/> Droppskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta	<input type="checkbox"/> Läcker kontinuerligt och behöver blöjor som kontinuerligt bytes
34. Om du angett att du är sexuellt aktiv- hur ofta upplever du orgasm?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Någon enstaka gång	<input type="checkbox"/> Ungefär hälften av gångerna	<input type="checkbox"/> Mer än hälften av gångerna	<input type="checkbox"/> Alltid eller nästan alltid	

IEF-5 EREKTION

Markera med det alternativ som bäst beskriver din situation som den är **UTAN** eventuella potenshjälpmedel (se förklaring fråga 21).

Markera endast **ett** svarsalternativ per fråga.

		Mycket svag eller ingen alls	Svag	Måttlig	Stark	Mycket stark
35. Hur uppskattar du att din <u>tilltro</u> till att kunna få och behålla en erektion varit de senaste 6 månaderna?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Hur ofta efter sexuell stimulering har din erektion, under de senaste 6 månaderna, blivit <u>tillräckligt</u> styv för att kunna tränga in i din partner?	Ingen sexuell aktivitet har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna)	Ibland (ungefär hälften av gångerna)	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. Hur ofta har du, under samlag, <u>kunnat behålla</u> erektionen sedan du trängt in i din partner de senaste 6 månaderna?	Inga försök till samlag har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna)	Ibland (ungefär hälften av gångerna)	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38. Hur svårt hade du, att behålla erektionen ända till slutet av samlaget de senaste 6 månaderna?	Inga försök till samlag har förekommit	Mycket stora svårigheter	Stora svårigheter	Svårigheter	Vissa svårigheter	Inga svårigheter
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
TILLFREDSSTÄLLELSE 39. När du de senaste 6 månaderna försökt genomföra samlag, hur ofta har du upplevt dem som tillfredsställande?	Inga försök till samlag har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna)	Ibland (ungefär hälften av gångerna)	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

IIEF-5 EREKTION

DENNA BLANKETT FYLLS ENDAST I OM DU ANGETT ATT DU ANVÄNT POTENSHJÄLPMEDEL.

Markera med det alternativ som bäst beskriver din situation som den är när du ANVÄNT potenshjälpmedel (se förklaring fråga 21).

Markera endast ett svarsalternativ per fråga.

	Mycket svag eller ingen alls	Svag	Måttlig	Stark	Mycket stark	
40. Hur uppskattar du att din <u>tilltro</u> till att kunna få och behålla en erektion varit de senaste 6 månaderna?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
41. Hur ofta efter sexuell stimulering har din erektion, under de senaste 6 månaderna, blivit <u>tillräckligt styv</u> för att kunna tränga in i din partner?	Ingen sexuell aktivitet har förekommit <input type="checkbox"/> 0	Nästan aldrig eller aldrig <input type="checkbox"/> 1	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 2	Ibland (ungefär hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 3	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 4	Nästan alltid eller alltid <input type="checkbox"/> 5
42. Hur ofta har du, under samlag, <u>kunnat behålla</u> erektionen sedan du trängt in i din partner de senaste 6 månaderna?	Inga försök till samlag har förekommit <input type="checkbox"/> 0	Nästan aldrig eller aldrig <input type="checkbox"/> 1	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 2	Ibland (ungefär hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 3	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 4	Nästan alltid eller alltid <input type="checkbox"/> 5
43. Hur svårt hade du, att behålla erektionen ända till slutet av samlaget de senaste 6 månaderna?	Inga försök till samlag har förekommit <input type="checkbox"/> 0	Mycket stora svårigheter <input type="checkbox"/> 1	Stora svårigheter <input type="checkbox"/> 2	Svårigheter <input type="checkbox"/> 3	Vissa svårigheter <input type="checkbox"/> 4	Inga svårigheter <input type="checkbox"/> 5
TILLFREDSSTÄLLELSE 44. När du de senaste 6 månaderna försökt genomföra samlag, hur ofta har du upplevt dem som tillfredsställande?	Inga försök till samlag har förekommit <input type="checkbox"/> 0	Nästan aldrig eller aldrig <input type="checkbox"/> 1	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 2	Ibland (ungefär hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 3	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna) <input type="checkbox"/> 4	Nästan alltid eller alltid <input type="checkbox"/> 5

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!