



TOP MEDICAL Sp. z o.o.

20-601 Lublin ul. T Zana 29
20-883 Lublin ul. Szeligowskiego 6
www.topmedical.pl

Tel. 81 524 34 06, 81 452 00 00
Fax 81 452 00 08
rejestracja@topmedical.pl

DZIENNICZEK MIKCJI

Imię i nazwisko:

Wykonanie dzienniczka mikcji obejmującego **minimum 3 dni**, powinny to być **typowe dni** (bez wyjątkowych okoliczności typu: choroba, podróż, nietypowa dieta).

DZIEŃ:

Godzina.	Ilość wydalonego moczu (w ml).	Rodzaj płynu i ilość wypitej porcji (np. woda 200 ml).	Nagłość parcia (w skali 0-3): 0 – brak naglącej potrzeby, oddanie „z wyboru”, 1 – lekka potrzeba, parcie, 2 – umiarkowane parcie, 3 – bardzo silne/nagłe parcie.	Epizody nietrzymania moczu – TAK/NIE , jeśli tak to w jakiej sytuacji (kaszel, wysiętek, nagłe parcie).	Czas snu/nocne mikcje – godzina zaśnięcia i pobudki, ilość nocnych mikcji.	Zmiany wkładek – ilość oraz wilgotność (suche, wilgotne, mokre).

[illegible]