

DZIENNICZEK MIKCJI

DZIEŃ TYGODNIA / DATA

DZIEŃ 1 (godziny)	WYPIJANY PŁYN (ml)	NAZWA NAPOJU	IŁOŚĆ MOCZU (ml)	SILA PARCIA NA MOCZ	GUBIENIE MOCZU	HIGIENA (wymiana wkładki)	W JAKIE SYTUACJI DOSZŁO DO UTRATY MOCZU
00-01							
01-02							
02-03							
03-04							
05-06							
06-07							
07-08							
08-09							
09-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-00							

Stopień parcia na mocz (znaznacz) - X-słabe, XX-normalne, XXX-silny, niekontrolowany

Stopień gubienia moczu (zaznacz) X-kilka kropli, XX-wilgotno, XXX-mokro



DZIEŃ TYGODNIA / DATA

DZIEŃ 2 (godziny)	WYPIJANY PŁYN (ml)	NAZWA NAPOJU	ILOŚĆ MOCZU (ml)	SIŁA PARCIA NA MOCZ	GUBIENIE MOCZU	HIGIENA (wymiana wkładki)	W JAKIE SYTUACJI DOSZŁO DO UTRATY MOCZU
00-01							
01-02							
02-03							
03-04							
05-06							
06-07							
07-08							
08-09							
09-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-00							

Stopień parcia na mocz (znaznacz) - X-słabe, XX-normalne, XXX-silny, niekontrolowany

Stopień gubienia moczu (zaznacz) X-kilka kropli, XX-wilgotno, XXX-mokro

*WSPOMNIJ LEKARZOWI O LEKACH KTÓRE ZAŻYWASZ NA STAŁE (napisz jakie., jeśli tak)

.....

.....

Najlepiej korzystać z dzienniczka ujmując w nim 1 dzień pracujący oraz 1 dzień w którym odpoczywasz w konfiguracji np.(Piątek-Sobota lub Niedziela -Poniedziałek)

