

# Diário miccional

Esse diário dará a você e ao profissional de saúde que te acompanha uma excelente visão geral atual da frequência e função da sua bexiga e intestinos.

Observe e escreva o registro ao longo do dia. Se você deixar para fazer no final do dia será muito difícil lembrar dos detalhes

## INSTRUÇÕES

### Coluna 1- Hora do dia

O diário inicia meia noite e tem duração de 24 horas consecutivas. Selecione a caixa que corresponde o horário da atividade.

### Coluna 2 - tipo e quantidade de de líquido ou comida ingerida

- Registre o tipo e a quantidade de líquido que você bebeu
- Registre o tipo e quantidade da comida que você ingeriu
- Registre quando você acordou e quando foi dormir

### Coluna 3 - quantidade urinada: 2 formas para checar

Registre a hora do dia e a quantidade de urina ou fezes. Use o primeiro método a não ser que o profissional que te acompanha peça diretamente para medir ou contar a quantidade de urina. Registre o movimento da bexiga com BM na hora apropriada.

1. Anote P, M, G no espaço correspondente a hora cada vez que você urinar

P - Pequeno = parece ser uma pequena quantidade ou urinou “apenas no caso de”.

M - Médio = aproximadamente 230 ml

G - Grande = parece com a quantidade da primeira urina da manhã

Se você tem dificuldade para contar a o tempo que urina, você pode contar os segundos assim “um - um mil” ( isso é igual a um segundo) enquanto esvazia a bexiga.

### Coluna 4 - quantidade de perda

Registre a quantidade de urina perdida na hora que ocorreu a perda.

P - Pequena = um gota ou duas de urina

M- Media = molha a calcinha

G - Grande = molha a calça ou o chão

### Coluna - 5 Teve urgência

Descreva a sensação de urgência que você teve

1 - LEVE - primeiro sensação de necessidade de ir

2 - MODERADA - sensação forte ou necessidade de ir

3 - FORTE - precisa ir ao banheiro, chega pra lá!

### Coluna 6 - Atividade com perdas

Descreva a atividade associada a perda de urina, por exemplo, tosse, corrida intensa, espirro, curvar-se, levantar algo ou teve um desejo forte.

Comentários - Anote dor ou outras informações úteis. Se for necessário a troca do absorvente, anote quantos foram usados na parte inferior da página.

# Diário miccional

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Hora do dia	Tipo e quantidade de comida ou líquido ingerido	Quantidade urina em ml ou P/M/G ou segundos	Quantidade de perda P/M/G	Houve urgência 1/2/3	Atividade com perda
Meia noite					
1:00 am					
2:00 am					
3:00 am					
4:00 am					
5:00 am					
6:00 am					
7:00 am					
8:00 am					
9:00 am					
10:00 am					
11:00 am					
Meio dia					
1:00 pm					
2:00 pm					
3:00 pm					
4:00 pm					
5:00 pm					
6:00 pm					
7:00 pm					
8:00 pm					
9:00 pm					
10:00 pm					
11:00 pm					

Comentários: \_\_\_\_\_

Número de absorventes usados hoje: \_\_\_\_\_