

Sig.ra _____

Data / /

età _____

| | Ora minzione | Stimolo minzionale | Volume vuotato | Dolore durante la minzione | Perdite di urina | Necessità di spinta | Commenti |
|----|--------------|--|----------------|----------------------------|------------------|---------------------|---|
| | | 0 = minimo 1 = buono 2 = urgente | in cc | | barrare con X | barrare con X | motivo della perdita, defecazione, etc. |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |