Dzienniczek mikcji

Imię i nazwisko……

Data ……

GODZINA DZIEŃ/NOC	ODDANIE MOCZU (ML)	ILOŚĆ WYPITYCH PŁYNÓW (ML)	NIETRZYMANIE MOCZU Z PARCIEM/BEZ PARCIA (P/BP)	FORMY GUBIENIA MOCZU: KASZEL, KICHNIĘCIE,WYSIŁEK KASZ/KICH/WYS	ZMIANA PODPASKI	UWAGI

Ilość wypitych płynów np. kubek herbaty 250 ml, talerz zupy 350 ml, popicie lekarstw wodą 100 ml

UWAGI: np. ból przy oddawaniu moczu, skąpomocz, krew w moczu, ostry zapach