NEUROMODULATION SACRÉE

POUR LE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONNEMENTS DE LA VESSIE ET DE L'INTESTIN

Journal des symptômes vésicaux (journal des mictions)

Veuillez indiquer dans ce journal vos symptômes pendant le nombre de jours convenu avec votre médecin.

Si vous ne connaissez aucun épisode d'incontinence pendant une journée et/ou aucun besoin d'uriner, veuillez également l'indiquer.

Pensez à apporter ce journal lors de votre prochaine visite médicale.

Nom du patient _____

Date de début du traitement _____

Date de naissance _____

Medtronic
Further, Together

Niveau du besoin d'uriner

0 = Ce n'était pas urgent.

+ = Je devais aller aux toilettes dans les 10 minutes.

++ = Je devais aller aux toilettes immédiatement.

Indications concernant la quantité de boissons consommées pour évaluer la quantité d'urine

100 ml correspond à une tasse à café

200 ml correspond à un verre standard

300-400 ml correspond à un grand verre

Souffrez-vous également

☐ d'incontinence fécale ?

Si oui, à quelle fréquence : _____

☐ de constipation ?

Si oui, à quelle fréquence : _____

Veuillez indiquer si la neuromodulation sacrée entraîne aussi des modifications de ces symptômes.

Moment de l'examen

☐ avant la période d'essai

☐ pendant la période d'essai

Examen ultérieur :

☐ 1 mois

☐ 3 mois

☐ 6 moise

☐ 12 mois

☐ ____ mois

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques
1	8:15		✓	✓	J	O	150 ml	100 ml	Dans ce champ, vous pouvez indiquer vos observations. Exemples : prise de médicament XY ; activité particulière telle que « faire du trampoline » ; douleurs.

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques

Jour	Heure	Boissons consom-mées (ml)	Usage des toilettes (vessie)	Fuite urinaire	Change-ment de protection (Oui ou Non)	Niveau du besoin d'uriner (voir première page)	Quantité d'urine lors de la miction (ml)	Quantité d'urine via cathéter (ml)	Remarques

Notes

Notes

Cachet du cabinet médical :

www.medtronic.ch

Europe
Medtronic International Trading Sàrl.
Route du Molliau 31
Case postale
CH-1131 Tolochenaz
www.medtronic.eu
Tél. : +41 (0)21 802 70 00
Fax : +41 (0)21 802 79 00

Suisse
Medtronic (Suisse) SA
Talstrasse 9
Postfach 449
CH-3053 Münchenbuchsee
www.medtronic.ch
Tél. : +41 (0)31 868 01 00
Fax : +41 (0)31 868 01 99

UC201602032 SF © 2017 Medtronic. Tous droits réservés.
Crédit photo : Medtronic Réservé aux professionnels de santé.
Imprimé en Europe par Medtronic

Medtronic