Calendrier mictionnel

Nom : ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance :** |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Votre médecin vous a demandé de compléter un calendrier mictionnel sur **3 jours, du premier lever du matin** (quand vous commencez votre journée) **jusqu'au premier lever du lendemain matin** (pendant 24 heures, nuit comprise).

Chaque jour choisi pour ces mesures, il faut :

- **Noter la date, l'heure du lever et l'heure du coucher.**
- **Noter l'heure** de chaque miction (action d'aller uriner) en commençant par la première miction du matin avec intention de se lever (quand vous commencez votre journée).
- **Noter dans la case « Envie pressente »** si l'envie était **urgente** et le **degré d'urgence** : + (peu urgente), ++ ou +++ (très urgente). Noter **P** si il s'agit d'une Précaution.
- **Mesurer le « volume uriné** (en millilitre) » à l'aide d'un verre mesureur. **Faire l'addition** de ces quantités mesurées par jour.
- **Signaler dans la case « Fuites »** : la survenue de **fuites** et leur **importance** (+, ++ ou +++).
- **Signaler dans la case « Remarques »**, les **circonstances de survenue** de ces fuites (**T** = toux, **M** = marche, **U** = urgence, **Ins** = insensible, etc) et tout autre symptôme remarquable.
- **Noter le nombre de protections utilisées.**

Il est important de suivre attentivement ces conseils pour la réalisation la plus précise de votre calendrier mictionnel.

Annotations médecin

Jour 1

Date du Jour 1 : __ __/__ __/__ __ **Heure du lever :** __ __ h __ __ **Heure du coucher :** __ __ h __ __

Heure	Envie pressante **Non** = 0 **Oui**, degré d'urgence : + ++ +++	Volume de la miction (en ml)	Fuites **Non** = 0 **Oui**, degré d'importance : + ++ +++	Remarques
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
Total Jour 1			**Nombre de protections utilisées :**	

Jour2

Date du Jour 2 : __ __/__ __/__ __ **Heure du lever :** __ __ h __ __ **Heure du coucher :** __ __ h __ __

Heure	Envie pressante **Non** = 0 **Oui**, degré d'urgence : + ++ +++	Volume de la miction (en ml)	Fuites **Non** = 0 **Oui**, degré d'importance : + ++ +++	Remarques
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
Total Jour 2			**Nombre de protections utilisées :**	

Jour3

Date du Jour 3 : __ __/__ __/__ __ **Heure du lever :** __ __ h __ __ **Heure du coucher :** __ __ h __ __

Heure	Envie pressante **Non** = 0 **Oui**, degré d'urgence : + ++ +++	Volume de la miction (en ml)	Fuites **Non** = 0 **Oui**, degré d'importance : + ++ +++	Remarques
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
h				
Total Jour 3			**Nombre de protections utilisées :**	

UC2014NEURO1595FF © Medtronic, Inc. 2014. Créé en octobre 2014. Tous droits réservés. Imprimé en France. www.anneducray.fr