Medtronic

Stuhltagebuch

Symptom-Tagebuch für den Darm (Stuhltagebuch)

Tragen Sie bitte, für die mit Ihrem Arzt vereinbarte Anzahl an Tagen, Ihre Symptome in dieses Tagebuch ein.

Wenn Sie an einem Tag keinen unkontrollierten Stuhlabgang hatten und/oder keinen Stuhldrang verspürt haben, geben Sie dies bitte auch an.

Bitte bringen Sie dieses Tagebuch zu Ihrem nächsten Arztbesuch mit.

Name des Patienten _____

Startdatum _____

Geburtsdatum _____

Rein ins Leben

mit der sakralen Neuromodulation

Die sakrale Neuromodulation mit den InterStim-Systemen sind eine weitere Therapieoption für ein Leben mit Harn-* oder Stuhlinkontinenz.

Bei der InterStim-Therapie werden sanfte elektrische Impulse von einem Schrittmacher an die so genannten Sakralnerven abgegeben, die die Funktion von Blase und Enddarm steuern.

Weitere Informationen finden Sie unter
www.medtronic.de/reininsleben

*überaktive Blase

Untersuchungszeitpunkt

☐ vor der Testphase

☐ während der Testphase

Folgeuntersuchung
☐ 1 Monat
☐ 3 Monate
☐ 6 Monate
☐ 12 Monate
☐ ____ Monate

Ereignisse		Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
Dokumentation kontrollierbarer Stuhlabgänge (kein unkontrollierter Stuhlverlust; Vorlage oder Unterwäsche blieb sauber)					
Wie oft hatten Sie heute Stuhlabgang?					
Wie oft mussten Sie sich beeilen, um rechtzeitig die Toilette zu erreichen?					
Dokumentation unkontrollierter Stuhlabgänge (Vorlage und/oder Unterwäsche verschmutzt)					
Wie oft hatten Sie unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie den Abgang nicht lange genug verzögern konnten?					
Wie oft war Stuhl unkontrolliert abgegangen, ohne dass Sie es spürten?					
Verschmutzung der Unterwäsche oder Stuhlschmieren					
War Ihre Unterwäsche und/oder Vorlage(n) heute verschmutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Verwendung von Vorlagen, Einlauf und Zäpfchen					
Haben Sie wegen Ihrer Stuhlinkontinenz Vorlagen benutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie heute Einläufe oder Zäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Beeinträchtigung der normalen Alltagstätigkeit					
Hat Sie Ihre (Stuhl-)Inkontinenz heute daran gehindert, normale Alltagstätigkeiten zu erledigen (z.B. Verlassen der Wohnung oder Einkaufen)?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Festigkeit des Stuhls					
Wie war Ihr Stuhl heute überwiegend? (bitte Zutreffendes ankreuzen)		☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig

Ereignisse		Tag 5	Tag 6	Tag 7	Tag 8
Dokumentation kontrollierbarer Stuhlabgänge (kein unkontrollierter Stuhlverlust; Vorlage oder Unterwäsche blieb sauber)					
Wie oft hatten Sie heute Stuhlabgang?					
Wie oft mussten Sie sich beeilen, um rechtzeitig die Toilette zu erreichen?					
Dokumentation unkontrollierter Stuhlabgänge (Vorlage und/oder Unterwäsche verschmutzt)					
Wie oft hatten Sie unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie den Abgang nicht lange genug verzögern konnten?					
Wie oft war Stuhl unkontrolliert abgegangen, ohne dass Sie es spürten?					
Verschmutzung der Unterwäsche oder Stuhlschmieren					
War Ihre Unterwäsche und/oder Vorlage(n) heute verschmutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Verwendung von Vorlagen, Einlauf und Zäpfchen					
Haben Sie wegen Ihrer Stuhlinkontinenz Vorlagen benutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie heute Einläufe oder Zäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Beeinträchtigung der normalen Alltagstätigkeit					
Hat Sie Ihre (Stuhl-)Inkontinenz heute daran gehindert, normale Alltagstätigkeiten zu erledigen (z.B. Verlassen der Wohnung oder Einkaufen)?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Festigkeit des Stuhls					
Wie war Ihr Stuhl heute überwiegend? (bitte Zutreffendes ankreuzen)		☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig

Ereignisse		Tag 9	Tag 10	Tag 11	Tag 12
Dokumentation kontrollierbarer Stuhlabgänge (kein unkontrollierter Stuhlverlust; Vorlage oder Unterwäsche blieb sauber)					
Wie oft hatten Sie heute Stuhlabgang?					
Wie oft mussten Sie sich beeilen, um rechtzeitig die Toilette zu erreichen?					
Dokumentation unkontrollierter Stuhlabgänge (Vorlage und/oder Unterwäsche verschmutzt)					
Wie oft hatten Sie unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie den Abgang nicht lange genug verzögern konnten?					
Wie oft war Stuhl unkontrolliert abgegangen, ohne dass Sie es spürten?					
Verschmutzung der Unterwäsche oder Stuhlschmieren					
War Ihre Unterwäsche und/oder Vorlage(n) heute verschmutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Verwendung von Vorlagen, Einlauf und Zäpfchen					
Haben Sie wegen Ihrer Stuhlinkontinenz Vorlagen benutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie heute Einläufe oder Zäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Beeinträchtigung der normalen Alltagstätigkeit					
Hat Sie Ihre (Stuhl-)Inkontinenz heute daran gehindert, normale Alltagstätigkeiten zu erledigen (z.B. Verlassen der Wohnung oder Einkaufen)?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Festigkeit des Stuhls					
Wie war Ihr Stuhl heute überwiegend? (bitte Zutreffendes ankreuzen)		☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig

Ereignisse		Tag 13	Tag 14	Tag 15	Tag 16
Dokumentation kontrollierbarer Stuhlabgänge (kein unkontrollierter Stuhlverlust; Vorlage oder Unterwäsche blieb sauber)					
Wie oft hatten Sie heute Stuhlabgang?					
Wie oft mussten Sie sich beeilen, um rechtzeitig die Toilette zu erreichen?					
Dokumentation unkontrollierter Stuhlabgänge (Vorlage und/oder Unterwäsche verschmutzt)					
Wie oft hatten Sie unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie den Abgang nicht lange genug verzögern konnten?					
Wie oft war Stuhl unkontrolliert abgegangen, ohne dass Sie es spürten?					
Verschmutzung der Unterwäsche oder Stuhlschmieren					
War Ihre Unterwäsche und/oder Vorlage(n) heute verschmutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Verwendung von Vorlagen, Einlauf und Zäpfchen					
Haben Sie wegen Ihrer Stuhlinkontinenz Vorlagen benutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie heute Einläufe oder Zäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Beeinträchtigung der normalen Alltagstätigkeit					
Hat Sie Ihre (Stuhl-)Inkontinenz heute daran gehindert, normale Alltagstätigkeiten zu erledigen (z.B. Verlassen der Wohnung oder Einkaufen)?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Festigkeit des Stuhls					
Wie war Ihr Stuhl heute überwiegend? (bitte Zutreffendes ankreuzen)		☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig	☐ fest ☐ weich ☐ flüssig

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sollten 2 Wochen lang das vorliegende Stuhltagebuch ausfüllen. Bitte überprüfen Sie, dass Sie alle Felder ausgefüllt haben, denn Ihre Daten sind sehr wichtig. Abschließend möchten wir Sie noch bitten, einige generelle Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Wexner Fragebogen

Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?

☐ nie
☐ seltener als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal pro Woche
☐ meist täglich

Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?

☐ nie
☐ seltener als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal pro Woche
☐ meist täglich

Wie oft gehen unfreiwillig Winde ab?

☐ nie
☐ seltener als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal pro Woche
☐ meist täglich

Wie oft tragen Sie eine Vorlage?

☐ nie
☐ seltener als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal pro Woche
☐ meist täglich

Wie oft müssen Sie wegen "Stuhlproblemen" Ihre Lebensgewohnheiten ändern?

☐ nie
☐ seltener als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal im Monat
☐ häufiger als 1 mal pro Woche
☐ meist täglich

Ergänzungsfragen

Wenn Sie Stuhldrang verspüren, wie lange können Sie diesen gewöhnlich verzögern?

☐ gar nicht
☐ weniger als 1 Minute
☐ 1 bis 5 Minuten
☐ 5 bis 15 Minuten
☐ mehr als 15 Minuten

Leiden Sie unter einer überaktiven Blase (Dranginkontinenz)?

☐ niemals ☐ manchmal
☐ oftmals ☐ immer

Notizen

Notizen

Medtronic

Praxisstempel:

Sie möchten sich mit Patienten austauschen, die bereits die InterStim-Therapie nutzen?

interstimdeutschland@medtronic.com

www.medtronic.de

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

Deutschland
Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
DE-40670 Meerbusch
deutschland@medtronic.com
www.medtronic.de
Telefon: +49 (0)2159 81 49 0
Telefax: +49 (0)2159 81 49 100

UC201602031 DE ©2022 Medtronic. Alle Rechte vorbehalten. Gedruckt in Europa.