Miktionslista

Namn_____ Personnr_____

1. Fyll i listan natt och dag under minst 2 dygn, så att både arbetsdag och ledig dag ingår.
2. Kissa i ett hushållsmått (dl), fyll i tidpunkt varje gång du kissat.
3. Vid läckage ange läckagets storlek med + (droppar) ++ (fuktig) +++ (våt)

Ta med listan till besöket på mottagningen.

Datum ……..dag				Datum ……..dag				Datum ……..dag			
Kl	Urin dl/ Mängd	Torr/ Våt	Dryck/ mängd	Kl	Urin dl/ Mängd	Torr / Våt	Dryck/ mängd	Kl	Urin dl/ Mängd	Torr / Våt	Dryck/ mängd

Total urinvolym:_____

Frekvens:_____

Medelvolym:_____