Miktionslista

Om du har besvär att hålla tätt, om du måste kissa ofta eller om du har trängningar kan denna lista vara till hjälp.

- Fyll i listan under minst 2 dygn, både natt och dag
- Fyll i klockslag och ange mängden (dl) urin varje gång du kissat
- Om du har urinläckage, ange de tidpunkter du noterat läckage och hur mycket det varit (droppar, fuktig eller våt)
- Om du haft trängningar till vattenkastning markera med + eller ++

Fyll i: Längd _____cm Vikt: _____kg BMI:_____

Namn:_____

Datum	Klockslag	Urinmängd (dl)	Läckage Droppar+ Fuktig++ Våt +++	Trängningar Svaga + Starka ++	Dryck (ml)	Tid för uppstigning och läggdags

Dag 1
Totalvolym. . . . . dl
Frekvens . . . . . gånger
Medelvolym . . . . . dl
Maximal volym . . . . . dl

Dag 2
Totalvolym. . . . . .dl
Frekvens . . . . . gånger
Medelvolym . . . . . dl
Maximal volym . . . . . dl