



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA
Szpital i Przychodnia św. Zofii

DZIENNICZEK MIKCJI

Nazwisko i Imię:

Data: Dzień tygodnia:

Godzina wstania z łóżka: Godzina pójścia spać:

	GODZINA	PARCIE NA PĘCHERZE BEZ POPUSZCZANIA	ODDANIE MOCZU W TOALECIE	PRZYJĘTE PŁYNY W MILILITRACH	OBJĘTOŚĆ ODDANEGO MOCZU	CZYNNOŚĆ, PODCZAS KTÓREJ DOSZŁO DO NIETRZYMANIA MOCZU. OBJAW TOWARZYSZĄCY
1						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
2						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
3						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
4						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
5						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
6						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
7						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
8						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
9						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
10						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
11						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>
12						Parcia nagłace <input type="checkbox"/> Kaszel, kichanie, podnoszenie itp. <input type="checkbox"/>

PODSUMOWANIE						
---------------------	--	--	--	--	--	--