



Miktions- och dryckeslista

Fyll i listan natt och dag under 2 dygn/48 timmar så att både arbetsdag och ledig dag ingår.
 Fyll i klockslag när Du dricker och ange mängden.
 Fyll i klockslag och ange mängden (dl) för varje gång Du kissar, t.ex. i ett hushållsmått.

Ange graden av läckage:

- droppar +
- fuktig ++
- våt +++

Datum:

Ange graden av trängning/kissnöd:

- 0 – ingen trängning
- 1 – liten trängning
- 2 - måttlig trängning
- 3 - stark trängning

Namn:

Pers nr:

| <u>URIN</u> | | | | <u>VÄTSKEINTAG/ KOST</u> | | |
|-------------|----------|---------|-----------|--------------------------|----------|--------------|
| Tidpunkt kl | Mängd dl | Läckage | Trängning | Tidpunkt kl | Mängd dl | Typ av dryck |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Total urinvolym.....dl /dygn
 Frekvens.....ggr/dygn
 Medelvolum.....dl/dygn
 Maxvolum.....dl/dygn
 Läckage.....ggr/dygn

Total vätskemängddl /dygn
 mät allt som flyter