



MIKTIONSLISTA

Namn	Personsignum	Datum
------	--------------	-------

Miktionslistan är till för att hjälpa Dig som har besvär med att hålla tätt, har trängningar eller måste gå och kissa väldigt många gånger per dygn.

Anvisningar:

- Listan skall fyllas i dag och natt under **minst 2 dygn**, så att både **arbetsdag** och **ledig dag** ingår.
- **Urin mängd:** Fyll i tidpunkt och ange mängden (dl) för varje gång Du kissat. Mät i t.ex. ett hushållsmått.
- **Läckage:** Fyll i tidpunkt när Du noterat läckage. Registrera läckagets mängd med:
+ (droppar), ++ (fuktigt), +++ (vått).
- **Dryck:** Fyll i klockslag samt mängd för vätskeintag. Ange mängden i dl.
- **Aktivitet:** Fyll i om Du utfört någon speciell aktivitet i samband med läckage
ex. Hosta, Nysning, Hopp, Skratt

MIKTIONSLISTA - Dag 1

Namn	Personsignum	Datum
------	--------------	-------

Klockan	Urin mängd(dl)	Läckage +/ ++/ +++	Dryck (dl)	Aktivitet

I fylles av läkare:

Dygnsvolym: _____ dl

Frekvens: _____ gånger

Största volym: _____ dl

Minsta volym: _____ dl

Medelvolym: _____ dl

Dryck: _____ dl

MIKTIONSLISTA - Dag 2

Namn	Personsignum	Datum
------	--------------	-------

Klockan	Urin mängd(dl)	Läckage +/ ++/ +++	Dryck (dl)	Aktivitet

I fylles av läkare:

Dygnsvolym: _____ dl

Frekvens: _____ gånger

Största volym: _____ dl

Minsta volym: _____ dl

Medelvolym: _____ dl

Dryck: _____ dl