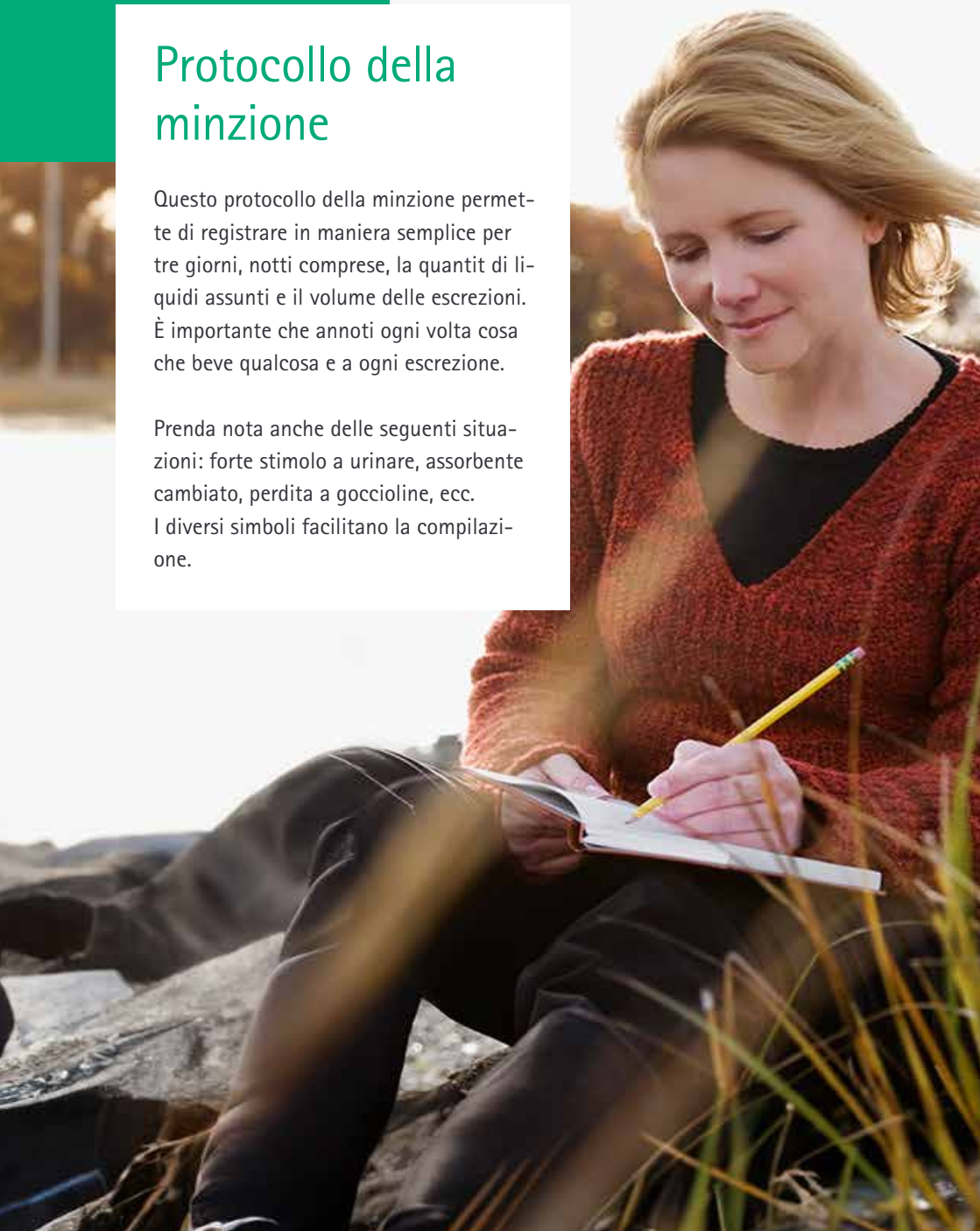


Protocollo della minzione

Questo protocollo della minzione permette di registrare in maniera semplice per tre giorni, notti comprese, la quantità di liquidi assunti e il volume delle escrezioni. È importante che annoti ogni volta cosa che beve qualcosa e a ogni escrezione.



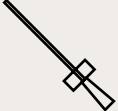

Prenda nota anche delle seguenti situazioni: forte stimolo a urinare, assorbente cambiato, perdita a goccioline, ecc.

I diversi simboli facilitano la compilazione.



1° giorno

Data: _____

Ora	Quantità bevuta (ml)	Escrezione (ml)			Goccioline <input type="checkbox"/>
		senza cateterizzazione		con catetere	
					
		<150	150 - 350	>350	
01:00					<input type="checkbox"/>
02:00					<input type="checkbox"/>
03:00					<input type="checkbox"/>
04:00					<input type="checkbox"/>
05:00					<input type="checkbox"/>
06:00					<input type="checkbox"/>
07:00					<input type="checkbox"/>
08:00					<input type="checkbox"/>
09:00					<input type="checkbox"/>
10:00					<input type="checkbox"/>
11:00					<input type="checkbox"/>
12:00					<input type="checkbox"/>
13:00					<input type="checkbox"/>
14:00					<input type="checkbox"/>
15:00					<input type="checkbox"/>
16:00					<input type="checkbox"/>
17:00					<input type="checkbox"/>
18:00					<input type="checkbox"/>
19:00					<input type="checkbox"/>
20:00					<input type="checkbox"/>
21:00					<input type="checkbox"/>
22:00					<input type="checkbox"/>
23:00					<input type="checkbox"/>
24:00					<input type="checkbox"/>
Totale					

Valori indicativi di capacità



tazza da caffè = 200 ml






tazza da tè = 150 ml







bicchiere da acqua = 180 ml

Formazione di un piano di cura

Bagnato <input checked="" type="checkbox"/>	Assorbente cambiato <input checked="" type="checkbox"/>	Forte stimolo a urinare <input checked="" type="checkbox"/>	Note
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2 giorno

Data: _____

Ora	Quantità bevuta (ml)	Escrezione (ml)			Goccioline <input type="checkbox"/>
		senza cateterizzazione		con catetere	
					
		<150	150 - 350	>350	
01:00					<input type="checkbox"/>
02:00					<input type="checkbox"/>
03:00					<input type="checkbox"/>
04:00					<input type="checkbox"/>
05:00					<input type="checkbox"/>
06:00					<input type="checkbox"/>
07:00					<input type="checkbox"/>
08:00					<input type="checkbox"/>
09:00					<input type="checkbox"/>
10:00					<input type="checkbox"/>
11:00					<input type="checkbox"/>
12:00					<input type="checkbox"/>
13:00					<input type="checkbox"/>
14:00					<input type="checkbox"/>
15:00					<input type="checkbox"/>
16:00					<input type="checkbox"/>
17:00					<input type="checkbox"/>
18:00					<input type="checkbox"/>
19:00					<input type="checkbox"/>
20:00					<input type="checkbox"/>
21:00					<input type="checkbox"/>
22:00					<input type="checkbox"/>
23:00					<input type="checkbox"/>
24:00					<input type="checkbox"/>
Totale					

Valori indicativi di capacità



tazza da caffè = 200 ml



tazza da tè = 150 ml



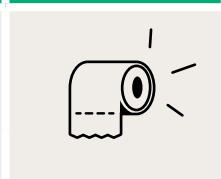
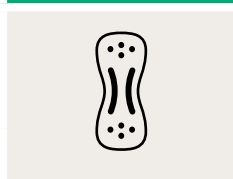
bicchiere da acqua = 180 ml

Bagnato

Assorbente
cambiato





Forte stimolo
a urinare

Note



3 giorno

Data: _____

Ora	Quantità bevuta (ml)	Escrezione (ml)			Goccioline <input type="checkbox"/>
		senza cateterizzazione		con catetere	
					
		<150	150 - 350	>350	
01:00					<input type="checkbox"/>
02:00					<input type="checkbox"/>
03:00					<input type="checkbox"/>
04:00					<input type="checkbox"/>
05:00					<input type="checkbox"/>
06:00					<input type="checkbox"/>
07:00					<input type="checkbox"/>
08:00					<input type="checkbox"/>
09:00					<input type="checkbox"/>
10:00					<input type="checkbox"/>
11:00					<input type="checkbox"/>
12:00					<input type="checkbox"/>
13:00					<input type="checkbox"/>
14:00					<input type="checkbox"/>
15:00					<input type="checkbox"/>
16:00					<input type="checkbox"/>
17:00					<input type="checkbox"/>
18:00					<input type="checkbox"/>
19:00					<input type="checkbox"/>
20:00					<input type="checkbox"/>
21:00					<input type="checkbox"/>
22:00					<input type="checkbox"/>
23:00					<input type="checkbox"/>
24:00					<input type="checkbox"/>
Totale					

Valori indicativi di capacità



tazza da caffè = 200 ml


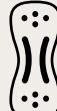



tazza da tè = 150 ml



bicchiere da acqua = 180 ml



Bagnato ☒	Assorbente cambiato ☒	Forte stimolo a urinare ☒	Note
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



B. Braun Medical SA | Seesatz 17 | 6204 Sempach
Tel. 0848 83 00 44 | customer-service.ch@bbraun.com | www.bbraun.ch