UNIDAD DE SALUD PÉLVICA · CÓRPORAL

Diario miccional · día 1

NOMBRE	FECHA	HORA DE LEVANTARSE	HORA DE ACOSTARSE

Anota durante **24 horas seguidas** todo lo que bebes y todas las veces que orinas. Cuanto más fiel sea el registro, mejor podremos entender cómo está funcionando tu sistema urinario. Si no puedes medir la cantidad de orina, marca simplemente una ✓ en esa casilla.

HORA	BEBIDA · TIPO	BEBIDA ML	ORINA ML	SENSACIÓN VESICAL	PÉRDIDA DE ORINA	ABSORBENTE

Total líquido ingerido	Total orina	Nº de micciones	Micción de mayor volumen
_____ **ml**	_____ **ml**	_____	_____ **ml**

SENSACIÓN VESICAL

- **0** — Sin deseo de orinar
- **1** — Deseo normal de orinar
- **2** — Urgencia que desaparece
- **3** — Urgencia que se mantiene hasta llegar al baño

PÉRDIDA DE ORINA

☐ No ☐ Gotas ☐ Pequeño chorro
☐ Cantidad moderada ☐ Gran cantidad

ABSORBENTE

Si utilizas absorbente: N.º ____ · Tipo _____
Peso seco _____ g · Peso mojado _____ g

UNIDAD DE SALUD PÉLVICA · CÓRPORAL

Diario miccional · día 2

NOMBRE	FECHA	HORA DE LEVANTARSE	HORA DE ACOSTARSE

Anota durante **24 horas seguidas** todo lo que bebes y todas las veces que orinas. Cuanto más fiel sea el registro, mejor podremos entender cómo está funcionando tu sistema urinario. Si no puedes medir la cantidad de orina, marca simplemente una ✓ en esa casilla.

HORA	BEBIDA · TIPO	BEBIDA ML	ORINA ML	SENSACIÓN VESICAL	PÉRDIDA DE ORINA	ABSORBENTE

Total líquido ingerido	Total orina	Nº de micciones	Micción de mayor volumen
_____ **ml**	_____ **ml**	_____	_____ **ml**

SENSACIÓN VESICAL

- **0** — Sin deseo de orinar
- **1** — Deseo normal de orinar
- **2** — Urgencia que desaparece
- **3** — Urgencia que se mantiene hasta llegar al baño

PÉRDIDA DE ORINA

☐ No ☐ Gotas ☐ Pequeño chorro
☐ Cantidad moderada ☐ Gran cantidad

ABSORBENTE

Si utilizas absorbente: N.º ____ · Tipo _____
Peso seco _____ g · Peso mojado _____ g

UNIDAD DE SALUD PÉLVICA · CÓRPORAL

Diario miccional · día 3

NOMBRE	FECHA	HORA DE LEVANTARSE	HORA DE ACOSTARSE

Anota durante **24 horas seguidas** todo lo que bebes y todas las veces que orinas. Cuanto más fiel sea el registro, mejor podremos entender cómo está funcionando tu sistema urinario. Si no puedes medir la cantidad de orina, marca simplemente una ✓ en esa casilla.

HORA	BEBIDA · TIPO	BEBIDA ML	ORINA ML	SENSACIÓN VESICAL	PÉRDIDA DE ORINA	ABSORBENTE

Total líquido ingerido	Total orina	Nº de micciones	Micción de mayor volumen
_____ **ml**	_____ **ml**	_____	_____ **ml**

SENSACIÓN VESICAL

- **0** — Sin deseo de orinar
- **1** — Deseo normal de orinar
- **2** — Urgencia que desaparece
- **3** — Urgencia que se mantiene hasta llegar al baño

PÉRDIDA DE ORINA

☐ No ☐ Gotas ☐ Pequeño chorro
☐ Cantidad moderada ☐ Gran cantidad

ABSORBENTE

Si utilizas absorbente: N.º ____ · Tipo _____
Peso seco _____ g · Peso mojado _____ g