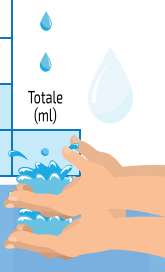


Data

	Ora																				
Vol. urine	(ml)																				
Urgenza	Si																				
	No																				
Mutandina bagnata	Poco																				
	Abbastanza																				
	Molto																				
Manovre sostegno perineo	Saltelli																				
	Accovacciam.																				
	Altro																				
Getto	Continuo																				
	Interrotto																				
	Filiforme																				
	Forzato																				
Liquidi assunti	Ora																				
	(ml)																				
																				Totale (ml)	



Ora di addormentamento _____

Ora risveglio _____

Peso pannolino asciutto (g) _____

Peso pannolino bagnato (g) _____

Volume urine notturne (ml) _____
urine notte + prima minzione del mattino

**FUNZIONE
INTESTINALE**

Normale

Stitichezza

Defecazione involontaria