Calendrier Mictionnel

Nom : _____

Date : _____

Heure du réveil : _____

Heure du coucher : _____

Aperçu du transit intestinal

Selles : ☐ Oui ☐ Non Si oui, Combien?_____ Combien de fois? _____

Nature : ☐ Molles ☐ Normales ☐ Dures

Remarques :

Aperçu : Consommation Boissons / Liquides

Heure	Type de boisson	Volume
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml
		ml

Aperçu : Miction – Sondage – Envie – Fuite Urinaire

Heure	Miction	Sondage	Type d'envie	Fuite Urinaire	Remarques
			0 : pas d'envie **1** : envie normale **2** : envie importante **3** : douleur	√ Quelques gouttes √√ Sous-vêtements mouillés √√√ Vêtements mouillés	
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			
	ml	ml			



200 ml



150 ml



200 ml

Exemple :

8h00	*x*	ml	*450*	ml	*1*	*x*	
10h30	*50*	ml		ml	*2*	*√*	*mal au ventre*
11h30	*x*	ml	*350*	ml	*1*	*x*	

©2025 Hollister Incorporated