Miktionslista

Om du har besvär att hålla tätt, om du måste kissa ofta eller om du har trängningar kan denna lista vara till hjälp.

- Fyll i listan under minst 2 dygn, både natt och dag
- Fyll i klockslag och ange mängden (dl) urin varje gång du kissat
- Om du har urinläckage, ange de tidpunkter du noterat läckage och hur mycket det varit (droppar, fuktig eller våt)
- Om du haft trängningar till vattenkastning markera med + eller ++

Datum			
Tidpunkt	**Urin-mängd (dl)**	**Läckage Droppar + Fuktig ++ Våt +++**	**Trängningar Svaga + Starka ++**

Datum			
Tidpunkt	**Urin-mängd (dl)**	**Läckage Droppar + Fuktig ++ Våt +++**	**Trängningar Svaga + Starka ++**

Totalvolym . . . . . dl
Frekvens . . . . . gånger
Medelvolym . . . . . dl
Maximal volym . . . . . dl

Totalvolym . . . . . dl
Frekvens . . . . . gånger
Medelvolym . . . . . dl
Maximal volym . . . . . dl

Namn . . . . . .