

Complete este DIÁRIO por **3 (três) dias**. É importante pro teu médico entender melhor os sintomas urinários. Siga as **Orientações** abaixo:

Escreva **"CAMA"** ao lado da hora que você se deitou para ir dormir e escreva **"ACORDEI"** ao lado da hora que você levantou naquele dia.

LÍQUIDO BEBIDO - você deve anotar a **Quantidade** (em mililitros) e o **Tipo** de líquidos que você bebeu.

VOLUME DE URINA – A sugestão é que você use um frasco plástico que já venha marcado com a medida em mililitros e urine ali dentro. No final, escreva a quantidade de xixi (em mililitros) na hora registrada. Se acontecer de você urinar e não ter conseguido medir a quantidade, apenas escreva um **"X"** no horário que isso aconteceu.

Se acontecer uma urgente **SENSAÇÃO forte de URINAR** escreva um **"S"** (SIM). Mas escreva **"N"** (NÃO), cada vez que você foi urinar apenas com uma vontade normal de ir ao banheiro fazer xixi. Se você tiver perda de urina (a chamada incontinência urinária) marque uma estrela **"*"** em **"PERDAS"**. E se você precisar colocar ou trocar um forro ou fralda ou absorvente, por causa de perdas involuntárias de urina que estão acontecendo, escreva **"TF"** de TROCA DE **FRALDAS**.

Aqui tem um **EXEMPLO** de como você deve preencher o diário.

Hora	LÍQUIDO BEBIDO		VOLUME DE URINA (em mL)	SENSAÇÃO forte de urinar?	PERDAS	FRALDAS (escrever TF a cada troca de fralda)
	Quantidade (em mL)	Tipo				
16h			150	S		
17h						
18h			X	S	*	
19h	250	chimarrão				TF
20h						
21h	CAMA	100	Copo d'água	350	N	

NOME: _____

DIA 1 DATA: ___/___/___

Hora	LÍQUIDO BEBIDO		VOLUME DE URINA (em mL)	SENSAÇÃO forte para urinar?	PERDAS	FRALDAS (escrever TF a cada vez que trocar de fralda)
	Quantidade (em mL)	Tipo				
6:00						
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
Meio-dia						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
Meia-noite						
1:00						
2:00						
3:00						
4:00						
5:00						

DIA 2 DATA: ___/___/_____

Hora	LÍQUIDO BEBIDO		VOLUME DE URINA (em mL)	SENSAÇÃO forte para urinar?	PERDAS	FRALDAS (escrever TF a cada vez que trocar de fralda)
	Quantidade (em mL)	Tipo				
6:00						
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
Meio-dia						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
Meia-noite						
1:00						
2:00						
3:00						
4:00						
5:00						

DIA 3 DATA: ___/___/_____

Hora	LÍQUIDO BEBIDO		VOLUME DE URINA (em mL)	SENSAÇÃO forte para urinar?	PERDAS	FRALDAS (escrever TF a cada vez que trocar de fralda)
	Quantidade (em mL)	Tipo				
6:00						
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
Meio-dia						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
Meia-noite						
1:00						
2:00						
3:00						
4:00						
5:00						