

“Diario vesical”

Instrucciones La información que se proporciona en este diario lo beneficiará a usted y a su médico para evaluar sus necesidades y realizar un seguimiento de su progreso durante el tratamiento. Llene este diario en forma regular durante los próximos 7 días. Siga las instrucciones que aparecen a continuación.

1. En la **Columna 1**, marque con un ✓ cada vez que **vaya al baño a orinar**.
2. En la **Columna 2**, marque con un ✓ cada vez que tenga un **percance leve** (menos de aproximadamente una cucharada).
3. En la **Columna 3**, marque con un ✓ cada vez que tenga un **percance mayor** (más de una cucharada).
4. En la **Columna 4**, marque con un ✓ cada vez que **cambie una toalla sanitaria o un pañal mojado**.
5. En la **Columna 5**, escriba **qué estaba haciendo** cuando ocurrió cada percance en las Columnas 2 y 3. Por ejemplo: estornudando, tosiendo, caminando o levantándose.
6. **A continuación de la tabla**, ingrese el **número total de toallas sanitarias o pañales mojados** que utilizó en un período de 24 horas y el **número total de ejercicios de Kegel** que realizó.

Muestra**Día 1**Nombre ESFecha 02/28/96

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM	✓		✓	✓	Levantándome de la cama
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM	✓	✓			Caminando al baño
12 a 2 PM		✓ ✓			Estornudando Estornudando
2 a 4 PM	✓		✓	✓	Caminando al baño
4 a 6 PM					
6 a 8 PM	✓				
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM	✓			✓	
En la madrugada	✓			✓	

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas 4Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 1

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 2

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 3

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 4

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 5

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 6

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____

Día 7

Nombre _____

Fecha _____

Hora	1 Ida al baño a orinar	2 Percance leve	3 Percance mayor	4 Cambios de toalla o pañal	5 ¿Qué estaba haciendo?
6 a 8 AM					
8 a 10 AM					
10 AM a 12 PM					
12 a 2 PM					
2 a 4 PM					
4 a 6 PM					
6 a 8 PM					
8 a 10 PM					
10 PM a 12 AM					
En la madrugada					

Número de toallas o pañales
utilizados en 24 horas _____

Número de ejercicios
de Kegel en 24 horas _____