

REGISTRO DE SÍNTOMAS URINARIOS E INTESTINALES

Registre sus síntomas en el siguiente cuadro según las recomendaciones de su médico. Si algún día no tiene ningún episodio, anótelos también. Registre la calificación de la urgencia, incluso si no experimentó ningún escape. Solo los pacientes que reciben tratamiento indicado para la retención urinaria deben completar las columnas de retención. Hable con su médico si tiene dudas sobre cómo completar este registro de síntomas.

NOMBRE
DEL PACIENTE: _____

VALORES DE REFERENCIA

POSTIMPLANTE

FECHA DE
NACIMIENTO: _____

EVALUACIÓN: COMENZÓ EL ____/____/____ A LAS ____:_____

†; Estaba dormido o intentando dormir cuando se manifestó el síntoma?

MOVIMIENTOS INTESTINALES

¿Siente alivio con esta terapia? (encierre una opción en un círculo)

sí

no

¿Cómo definiría su mejoría? (elija una)

pequeña mejoría

mejoría moderada

gran mejoría

†¿Estaba dormido o intentando dormir cuando se manifestó el síntoma?

Medtronic

710 Medtronic Parkway
Minneapolis, MN 55432-5604
USA
Tel: (763) 514-4000

Visite medtronic.com/bowel o medtronic.com/bladder para obtener información útil.

*Descripción de las heces

Utilice estas ilustraciones numeradas para indicar en el registro qué tipo de evento ocurrió.



1
Bolitas



2
Bien
formada
duras



3
Bien
formadas
y blandas



4



5



6
Sueltas



Aguadas