

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, anótelo 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 :

[illegible]

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

[illegible]

no

gran mejora

7 Aguadas