



## MIKTIONSLISTA

| Namn | Personsignum | Datum |
|------|--------------|-------|
|------|--------------|-------|

Miktionslistan är till för att hjälpa Dig som har besvär med att hålla tätt, har trängningar eller måste gå och kissa väldigt många gånger per dygn.

### Anvisningar:

- Listan skall fyllas i dag och natt under **minst 2 dygn**, så att både **arbetsdag** och **ledig dag** ingår.
- **Urin mängd:** Fyll i tidpunkt och ange mängden (dl) för varje gång Du kissat. Mät i t.ex. ett hushållsmått.
- **Läckage:** Fyll i tidpunkt när Du noterat läckage. Registrera läckagets mängd med:  
+ (droppar), ++ (fuktigt), +++ (vått).
- **Dryck:** Fyll i klockslag samt mängd för vätskeintag. Ange mängden i dl.
- **Aktivitet:** Fyll i om Du utfört någon speciell aktivitet i samband med läckage  
ex. Hosta, Nysning, Hopp, Skratt

## MIKTIONSLISTA - Dag 1

|      |              |       |
|------|--------------|-------|
| Namn | Personsignum | Datum |
|------|--------------|-------|

| Klockan | Urin<br>mängd(dl) | Läckage<br>+/ ++/ +++ | Dryck<br>(dl) | Aktivitet |
|---------|-------------------|-----------------------|---------------|-----------|
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |

### I fyller av läkare:

Dygnsvolym: \_\_\_\_\_ dl

Frekvens: \_\_\_\_\_ gånger

Största volym: \_\_\_\_\_ dl

Minsta volym: \_\_\_\_\_ dl

Medelvolym: \_\_\_\_\_ dl

Dryck: \_\_\_\_\_ dl

## MIKTIONSLISTA - Dag 2

|      |              |       |
|------|--------------|-------|
| Namn | Personsignum | Datum |
|------|--------------|-------|

| Klockan | Urin<br>mängd(dl) | Läckage<br>+/ ++/ +++ | Dryck<br>(dl) | Aktivitet |
|---------|-------------------|-----------------------|---------------|-----------|
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |
|         |                   |                       |               |           |

### I fyller av läkare:

Dygnsvolym: \_\_\_\_\_ dl

Frekvens: \_\_\_\_\_ gånger

Största volym: \_\_\_\_\_ dl

Minsta volym: \_\_\_\_\_ dl

Medelvolym: \_\_\_\_\_ dl

Dryck: \_\_\_\_\_ dl