



EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS DE BEXIGA HIPERATIVA (BH)

Utilize este diário para acompanhamento dos hábitos relacionados a sua bexiga.

SIGA AS RECOMENDAÇÕES:

- **Preencha este diário durante 3 dias.** Dessa maneira, seu médico poderá compreender melhor os sintomas. **Escolha qualquer período de 3 dias que desejar.**
- **Comece a preencher o diário quando acordar.** Continue preenchendo ao longo do dia e na manhã seguinte.
- Durante o dia, **escreva a quantidade de líquido que você ingere.** Anote a quantidade mais próxima que você conseguir em cada ocasião. A maioria das embalagens **tem a quantidade de líquido** que contém.
- **Anote o quanto você urina durante o dia.** É possível que seu médico recomende você a usar um recipiente específico para as amostras. Esse recipiente **pode ajudar a medir corretamente a quantidade de urina.**
- Se ocorrer um episódio de incontinência, **escreva a hora e o lugar que aconteceu.** É possível que revele uma tendência e ajude o seu médico a desenvolver um melhor plano de tratamento para você.

NÃO ESQUEÇA DE LEVAR SEU DIÁRIO PREENCHIDO NA SUA PRÓXIMA CONSULTA!

DIÁRIO MICCIONAL DE 3 DIAS

DIA 1	LÍQUIDOS		URINA						EPISÓDIOS DE INCONTINÊNCIA						
	QUE TIPO?	QUANTOS ML?	QUANTAS VEZES FOI AO BANHEIRO?	QUAL A QUANTIDADE DA URINA?			PRECISOU FAZER FORÇA PARA URINAR?		QUAL ATIVIDADE VOCÊ ESTAVA FAZENDO NA HORA?	TEVE ALGUM EPISÓDIO DE INCONTINÊNCIA?		QUAL A QUANTIDADE DE URINA QUE ESCAPOU?			O QUE VOCÊ ESTAVA FAZENDO NESSE MOMENTO?
DATA				POUCA	MÉDIA	MUITA	SIM	NÃO		SIM	NÃO	POUCA	MÉDIA	MUITA	
// //															
6AM - 9AM															
9AM - 12PM															
12PM - 3PM															
3PM - 6PM															
6PM - 9PM	Não esqueça de levar seu diário preenchido na sua próxima consulta!														
9PM - 12AM															
12AM - 3AM															
3AM - 6AM															

DIA 2		LÍQUIDOS		URINA						EPISÓDIOS DE INCONTINÊNCIA					
DATA	QUE TIPO?	QUANTOS ML?	QUANTAS VEZES FOI AO BANHEIRO?	QUAL A QUANTIDADE DA URINA?			PRECISOU FAZER FORÇA PARA URINAR?		QUAL ATIVIDADE VOCÊ ESTAVA FAZENDO NA HORA?	TEVE ALGUM EPISÓDIO DE INCONTINÊNCIA?		QUAL A QUANTIDADE DE URINA QUE ESCAPOU?			O QUE VOCÊ ESTAVA FAZENDO NESSE MOMENTO?
// //				POUCA	MÉDIA	MUITA	SIM	NÃO		SIM	NÃO	POUCA	MÉDIA	MUITA	
6AM - 9AM															
9AM - 12PM															
12PM - 3PM															
3PM - 6PM															
6PM - 9PM	Não esqueça de levar seu diário preenchido na sua próxima consulta!														
9PM - 12AM															
12AM - 3AM															
3AM - 6AM															

DIA 3		LÍQUIDOS		URINA						EPISÓDIOS DE INCONTINÊNCIA					
DATA	QUE TIPO?	QUANTOS ML?	QUANTAS VEZES FOI AO BANHEIRO?	QUAL A QUANTIDADE DA URINA?			PRECISOU FAZER FORÇA PARA URINAR?		QUAL ATIVIDADE VOCÊ ESTAVA FAZENDO NA HORA?	TEVE ALGUM EPISÓDIO DE INCONTINÊNCIA?		QUAL A QUANTIDADE DE URINA QUE ESCAPOU?			O QUE VOCÊ ESTAVA FAZENDO NESSE MOMENTO?
// //				POUCA	MÉDIA	MUITA	SIM	NÃO		SIM	NÃO	POUCA	MÉDIA	MUITA	
6AM - 9AM															
9AM - 12PM															
12PM - 3PM															
3PM - 6PM															
6PM - 9PM	Não esqueça de levar seu diário preenchido na sua próxima consulta!														
9PM - 12AM															
12AM - 3AM															
3AM - 6AM															

Referência:

1. Lightner DJ, et al. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. J Urol. 2019 Sep;202(3):558-563.