



Ocena objawów podmiotowych zespołu pęcherza nadreaktywnego

Assessing your overactive bladder (OAB) symptoms

Niniejszy dzienniczek służy do śledzenia funkcjonowania pęcherza moczowego.

Use this diary to help keep track of your bladder habits.

Należy przestrzegać poniższych zasad.

Follow the guidelines below.

Dzienniczek należy prowadzić przez trzy dni. Dzięki temu Państwa lekarz będzie mógł lepiej zrozumieć objawy występujące u Państwa w pewnym okresie czasu. Można wybrać dowolne trzy dni.

Keep a diary for 3 days. This way, your doctor can get a better understanding of your symptoms over time. Any 3 days you choose is fine.

Prowadzenie dzienniczka należy rozpocząć po przebudzeniu. Proszę robić w ciągu dnia notatki i kontynuować do następnego dnia rano.

Begin your diary when you wake up. Take notes throughout the day, and continue until the next morning.

W ciągu dnia proszę zapisywać ilość wypitych płynów. W miarę możliwości należy zarejestrować dokładną ilość płynu w każdej wypitej porcji. Na większości opakowań napojów znajduje się informacja o objętości znajdującego się wewnątrz płynu.

During the day, **write down how much liquid you drink.** As well as you can, log the specific amount that you have with each serving. Most beverage containers list the number of fluid ounces that they contain.

Należy zanotować ilość moczu oddawanego w ciągu dnia. Państwa lekarz może zalecić korzystanie ze specjalnego pojemniczka, który pomaga prawidłowo zmierzyć ilość moczu.

Take note of how much you urinate during the day. Your doctor may recommend using a special collection cup, which can help you correctly measure the amount of urine that you produce.

W przypadku zmożenia się należy zanotować, kiedy i gdzie to się stało. Może to ujawnić jakiś schemat i pomóc lekarzowi w opracowaniu dla Państwa planu leczenia.

If you have a wetting accident, write down when and where it happened. It may reveal a pattern and help your doctor develop a treatment plan for you.

Proszę nie zapomnieć przynieść ze sobą dzienniczek na następną wizytę w gabinecie lekarskim.

Don't forget to bring your diary on your next visit to the doctor's office.

Trzydniowy dzienniczek dotyczący funkcjonowania pęcherza moczowego

3-Day Bladder Diary

Dzień 1 Day 1		Płynny Fluids		Oddawanie moczu Urination			Przypadki zmożenia się Accidents		
DATA DATE	Rodzaj What kind?	Ilość How much?	Ile razy? How many times?	Ilość How much?	Czy odczuwali Państwo silną potrzebę oddania moczu? Did you feel a strong urge to urinate?	W jakiej czynności to przeszkodziło? What activity did this interrupt?	Czy mieli Państwo jakieś przypadki popuszczenia moczu? Did you have an accident?	Jak dużo moczu Państwo popuścili? How much did you leak?	Co Państwo wtedy robili? What were you doing at the time?
DD/MM/RR DD/MM/YY									
6 rano – 9 rano 6am-9am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
9 rano – 12 w południe 9am-12pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
12 w południe – 3 po południu 12pm-3pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
3 po południu – 6 po południu 3pm-6pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
6 po południu – 9 wieczorem 6pm-9pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
9 wieczorem – 12 w nocy 9pm-12am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
12 w nocy – 3 rano 12am-3am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
3 rano – 6 rano 3am-6am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	

Dzień 2 Day 2		Płynny Fluids		Oddawanie moczu Urination			Przypadki zmożenia się Accidents		
DATA DATE	Rodzaj What kind?	Ilość How much?	Ile razy? How many times?	Ilość How much?	Czy odczuwali Państwo silną potrzebę oddania moczu? Did you feel a strong urge to urinate?	W jakiej czynności to przeszkodziło? What activity did this interrupt?	Czy mieli Państwo jakieś przypadki popuszczenia moczu? Did you have an accident?	Jak dużo moczu Państwo popuścili? How much did you leak?	Co Państwo wtedy robili? What were you doing at the time?
DD/MM/RR DD/MM/YY									
6 rano – 9 rano 6am-9am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
9 rano – 12 w południe 9am-12pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
12 w południe – 3 po południu 12pm-3pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
3 po południu – 6 po południu 3pm-6pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
6 po południu – 9 wieczorem 6pm-9pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
9 wieczorem – 12 w nocy 9pm-12am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
12 w nocy – 3 rano 12am-3am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
3 rano – 6 rano 3am-6am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	

Trzydniowy dzienniczek dotyczący funkcjonowania pęcherza moczowego

3-Day Bladder Diary

Dzień 3 Day 3		Płyiny Fluids		Oddawanie moczu Urination			Przypadki zmoczenia się Accidents		
DATA DATE	Rodzaj What kind?	Ilość How much?	Ile razy? How many times?	Ilość How much?	Czy odczuwali Państwo silną potrzebę oddania moczu? Did you feel a strong urge to urinate?	W jakiej czynności to przeszkodziło? What activity did this interrupt?	Czy mieli Państwo jakieś przypadki popuszczenia moczu? Did you have an accident?	Jak dużo moczu Państwo popuścili? How much did you leak?	Co Państwo wtedy robili? What were you doing at the time?
DD/MM/RR DD/MM/YY									
6 rano – 9 rano 6am-9am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
9 rano – 12 w południe 9am-12pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
12 w południe – 3 po południu 12pm-3pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
3 po południu – 6 po południu 3pm-6pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
6 po południu – 9 wieczorem 6pm-9pm				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
9 wieczorem – 12 w nocy 9pm-12am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
12 w nocy – 3 rano 12am-3am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	
3 rano – 6 rano 3am-6am				M · Ś · D S · M · L	Tak · Nie Yes · No		Tak · Nie Yes · No	M · Ś · D S · M · L	