

Nom : _____ Prénom : _____



Apporter cette feuille remplie lors de votre visite chez votre physiothérapeute

Les 3 premiers jours doivent être réalisés sur des journées **non-consécutives** (fin de semaine et semaine)

Calendrier mictionnel

Jour #1				Jour #2			Jour #3			
Date :				Date :			Date :			
Heures	Liquides ingérés	Visites à la toilette	Urgence ou Fuites P/M/G Raison de la fuite	Liquides ingérés	Visites à la toilette	Urgence ou Fuites P/M/G Raison de la fuite	Liquides ingérés	Visites à la toilette	Urgence ou Fuites P/M/G Raison de la fuite	
 Jour	05 h 00									
	06 h 00									
	07 h 00									
	08 h 00									
	09 h 00									
	10 h 00									
	11 h 00									
	Midi									
	13 h 00									
	14 h 00									
	15 h 00									
	16 h 00									
	17 h 00									
	18 h 00									
Total										
 Nuit	19 h 00									
	20 h 00									
	21 h 00									
	22 h 00									
	23 h 00									
Minuit à 5 h										
Total										
	Heure du lever									
	Heure du coucher									

Note : P/M/G : P : petite M : moyenne G : grande

Si vous avez des questions, communiquez auprès de Josée Chabot pht à la clinique de physiothérapie RPP au 418-390-2248

Nom: _____ Prénom: _____

Calendrier mictionnel nocturne suite...

Si votre enfant souffre de fuites urinaires nocturnes

Lorsque que vous avez complété le calendrier précédent sur 3 jours non-consécutifs poursuivre seulement **la nuit** pour un autre **4 jours consécutifs ou non**

Jour #1				Jour #2			Jour #3			Jour #4			
Date :				Date :			Date :			Date :			
	Heures	Dernière prise de liquide	Visites à la toilette	Urgence ou fuites P/M/G	Dernière prise de liquide	Visite à la toilette	Urgence ou fuites P/M/G	Dernière prise de liquide	Visites à la toilette	Urgence ou fuites P/M/G	Dernière prise de liquide	Visites à la toilette	Urgence ou fuites P/M/G
		h			h			h			h		
 Nuit	19 h												
	20 h												
	21 h												
	22 h												
	23 h												
	Minuit à 5 h												
Total													
	Heure du lever												
	Heure du coucher												

Note : P/M/G : P : petite M : moyenne G : grande

Si vous avez des questions, communiquez auprès de Josée Chabot pht à la clinique de physiothérapie RPP au 418-390-2248

Nom: _____ Prénom : _____

Calendrier de selles

Noter la fréquence et la consistance des selles de votre enfant pendant DEUX (2) SEMAINES

Selles molles : forme de saucisses qui flottent dans la toilette et qui peuvent se briser (pas liquides)

Selles dures : forme de saucisses ou de boules qui tombent dans le fond de la toilette



Apporter cette feuille remplie
lors de votre visite chez votre physiothérapeute

Jour	Selles (oui ou non) et (nombre de fois pendant la journée)	Molles (cocher si oui)	Dures (cocher si oui)	Incontinence et/ou urgences de selles
1 Date de début :				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14 Date de fin:				

Si vous avez des questions, communiquez auprès de Josée Chabot pht à la clinique de physiothérapie RPP au 418-390-2248