

Diário Miccional

Registro de líquidos, micções e perdas urinárias

O diário miccional é uma ferramenta simples e muito valiosa. Ao registrar o que você bebe, quanto urina e os episódios de urgência ou perda de urina, seu médico consegue entender melhor o funcionamento da sua bexiga e definir o tratamento mais adequado. **Preencha o diário por 3 (três) dias completos**, incluindo o período da noite. Não precisam ser dias seguidos, mas escolha dias de rotina habitual.

Como preencher cada coluna

- **Horário**
Use a linha do horário aproximado de cada evento. Anote também a hora em que foi DORMIR (escreva "DORMIR") e a hora em que ACORDOU (escreva "ACORDEI").
- **Líquido ingerido**
Anote a quantidade (em mL) e o tipo de líquido (água, café, chá, refrigerante, etc.). Use uma referência: 1 copo ≈ 200 mL | 1 xícara ≈ 150 mL.
- **Volume urinado (mL)**
Sempre que possível, urine em um recipiente graduado e anote o volume em mL. Se urinar sem medir, escreva apenas um "X" no horário.
- **Urgência**
Marque a intensidade da vontade súbita e forte de urinar: + leve ++ moderada +++ intensa. Deixe em branco quando for uma vontade normal.
- **Perda de urina**
Se houver escape involuntário, marque a quantidade: + gotas ++ moderada (jato) +++ grande. Anote "TF" se trocou forro, absorvente ou fralda.
- **Atividade**
Descreva o que você estava fazendo no momento da perda ou da urgência (tossir, espirrar, levantar-se, esforço, ouvir água correndo, etc.).

Exemplo de preenchimento

Horário	Líquido (mL/tipo)	Volume urinado (mL)	Urgência	Perda	Atividade
08:00	250 / café	—	—	—	ACORDEI
09:30	—	200	++	—	—
11:00	300 / água	—	—	+	tossir
23:00	150 / água	320	—	—	DORMIR

Diário Miccional — Dia 1

Preencha por 3 dias completos, incluindo a noite

Nome: _____

Data: _____

Horário	Líquido ingerido (mL / tipo)	Volume urinado (mL)	Urgência + / ++ / +++	Perda de urina + / ++ / +++ / TF	Atividade no momento da perda ou urgência
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
00:00					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Diário Miccional — Dia 2

Preencha por 3 dias completos, incluindo a noite

Nome: _____

Data: _____

Horário	Líquido ingerido (mL / tipo)	Volume urinado (mL)	Urgência + / ++ / +++	Perda de urina + / ++ / +++ / TF	Atividade no momento da perda ou urgência
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
00:00					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					

Diário Miccional — Dia 3

Preencha por 3 dias completos, incluindo a noite

Nome: _____

Data: _____

Horário	Líquido ingerido (mL / tipo)	Volume urinado (mL)	Urgência + / ++ / +++	Perda de urina + / ++ / +++ / TF	Atividade no momento da perda ou urgência
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
00:00					
01:00					
02:00					
03:00					
04:00					
05:00					