

BASELINE

PNE 1° 2°

Imp. Temp.

FOLLOW-UP 3 mesi

6 mesi

12 mesi

24 mesi

Iniziali paziente _____

Nome centro _____

Inizio compilazione ____ - ____ - ____

DIARIO CLINICO DEL PAZIENTE

Giorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Numero di evacuazioni														
Numero episodi di incontinenza														
Gas - Soiling														
Feci liquide o solide														
Tempo di attesa (minuti)														
Numero di episodi di incontinenza urinaria														
Numero di pannolini (utilizzati a causa dell'incontinenza fecale)														
Difficoltà ad evacuare														
Numero delle evacuazioni incomplete o non riuscite														
Tempo per evacuare														
Altre terapie														
Clistere - supposte														
Altro specificare														
Annotazioni														

Firma medico investigatore _____ Data ____ - ____ - ____ (gg-mm-aaaa)