# Vejiga Neurogenica - Registro Diario

## Departamento de Urologia Pediatrica

Fecha: Nombre del paciente: Medida de la sonda:

Favor de llenar este registro la semana antes de su proxima visita para que incluya por lo menos tres dias.

| **Hora** | **Volumen (30 mls = 1 oz)** | **Mojado entre Sondeos(sí/no)** | **ensuciamiento con materia fecal (sí/no)** | **evacuación intestinal (sí/no) suave/duro** | **Comentarios** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |