

FICHE DE SUIVI

Nom: _____

INSTRUCTIONS



INSTRUCTIONS

pour remplir la fiche de suivi

Inscrire dans les cases appropriées :

- * **DATE et HEURE DU COUCHER** : Du coucher jusqu'au lever. Une nuit sur la fiche correspond au moment où l'enfant se couche jusqu'au réveil le matin.
- * **LIQUIDE (oz / ml)** : Quantité de liquide bue 5 à 10 minutes avant le coucher.
- * **HEURE DE LA MICTION** : Inscrivez l'heure de la miction. Si l'heure est inconnue, inscrivez: Inconnue ou ?
- * **GRANDEUR DE LA MICTION** : Indiquez par un «X» la grandeur de la miction (cerne d'urine).
 - GRANDE : Le drap est très mouillé et doit être changé ou la culotte protectrice est pleine.
 - MOYENNE : Le cerne d'urine a plus de 3 pouces (7.5 cm) (légèrement à moyennement mouillé).
 - PETITE : Le cerne d'urine a moins de 3 pouces (7.5 cm) ou à peine mouillée.
- * **RÉVEIL PAR** : Lors du déclenchement de l'alarme, l'enfant a été réveillé par : «A» Alarme ou «P» Parent.
- * **SANS ALARME** : Indiquez par un «X» si l'enfant s'est levé seul ou si aucune miction.
 - LEVÉ SEUL : L'enfant s'est levé seul, sans l'aide de l'alarme et sans l'intervention d'une personne et est allé uriner à la toilette.
 - AUCUNE MICTION : L'enfant n'a fait aucune miction. Il n'est pas allé à la toilette et s'est retenu toute la nuit.
- * **TOILETTE ?** : L'enfant a-t-il terminé sa miction à la toilette ? Si oui, indiquez-le par un «X».

Si l'appareil n'est pas utilisé pendant une ou plusieurs nuits pour cause de maladie, vacances, coucher à l'extérieur, etc.

Ne pas enregistrer cette ou ces nuit(s). Incrire la date de la dernière nuit où l'appareil a été utilisé et, sur la ligne suivante, la date de la prochaine nuit d'utilisation. Pour ces nuits, si vous voulez diminuer les risques de miction au lit, restreindre la quantité de liquide une heure avant le coucher.

Fin du traitement : Le traitement devrait être poursuivi jusqu'à ce que l'enfant ait complété 14 nuits consécutives ou plus sans mouiller, tout en buvant à volonté.

Exemple / Démo

DONNÉES DE LA NUIT				DONNÉES DE LA MICTION								
				Alarme miction au lit					Sans alarme		Toilette?	
Nuit No	Date	Heure Coucher	Liquide oz ml <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Miction No	Heure de la miction	Réveil par A : Alarme P : Parent	Grande X	Moyenne X	Petite X	Levé seul X	Aucune miction X	Si Oui X
1	28 déc	19:30	↑ 250	1	23:25	P	X					X
				2	1:40	A			X			X
				3	?					X		X
				4								
				5								

