

NOM :

Prénom :

RÉALISATION D'UN CATALOGUE MICTIONNEL

Il vous a été demandé de faire un calendrier ou catalogue mictionnel. Ce recueil de données a pour but d'étudier le plus précisément possible « le fonctionnement de votre vessie » dans votre vie quotidienne et ainsi de mieux comprendre les paramètres en cause de vos troubles urinaires.

Il peut également servir à contrôler ou surveiller le résultat d'un traitement médical et/ou chirurgical,

Il ne faut donc pas modifier vos habitudes alimentaires, vos boissons et votre façon d'aller aux toilettes.

Pour effectuer ce calendrier mictionnel : **Il vous est demandé de le faire sur 3 jours** (non obligatoirement consécutifs)

- **du premier lever du matin** (quand vous commencez votre journée)
- **jusqu'au premier lever du lendemain matin** (pendant 24 heures, nuit comprise). **Chaque jour choisi pour ces mesures il faut :**
- **Noter l'heure** de chaque **événement urinaire** : envie pressante, douleur, fuite et leur importance (+ ++ ou +++) et leur circonstance de survenue (toux, envie pressante, changement de position, perte insensible etc...)
- **Mesurer la quantité** de chaque **miction** (action d'aller uriner) en **millilitres** à l'aide d'un verre mesureur (et celle recueillie par sondage si vous vous sondez)
- en commençant par la première miction du matin avec intention de se lever (quand vous commencez votre journée).
- **Faire l'addition** de ces quantités mesurées par jour (pour obtenir la quantité d'urine par 24 heures).
- **Notez en haut de la feuille la date, l'heure du lever et du coucher, le nombre de protections utilisées**, avec de préférence leur poids avant utilisation et en fin d'utilisation afin de mesurer le poids d'urines perdues.
- Signaler également tout autre symptôme remarquable. Nous vous remercions de suivre attentivement ces conseils pour la réalisation la plus précise de votre catalogue mictionnel.

Exemple de remplissage au dos

Date : 5/5/12

heure Lever : 7h

Heure coucher : 23h

Nombre de protections utilisées : 3 Taille : petite, moyenne, grande

Poids sec : 18g

Poids humide : 57g

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
7h	Envie pressante d'uriner <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + <u>++</u> +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + ++ <u>+++</u> Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input checked="" type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input checked="" type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : 320 ml Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
10h20	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + <u>++</u> +++ Provoqué par Un effort <input checked="" type="checkbox"/> lequel ? : <i>Toux</i> Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Volume (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
11h15	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input checked="" type="checkbox"/> Volume (ml) : 250 ml Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
13h45	Envie pressante d'uriner <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + ++ <u>+++</u>
	Douleur de la vessie <input checked="" type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 <u>3</u> 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + <u>++</u> +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input checked="" type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input checked="" type="checkbox"/> Volume (ml) : 400 ml Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
17h30	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input checked="" type="checkbox"/> Volume (ml) : 300 ml Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
20h30	Envie pressante d'uriner <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input checked="" type="checkbox"/> Intensité + <u>++</u> +++ Provoqué par Un effort <input checked="" type="checkbox"/> lequel ? : <i>descente des escaliers</i> Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input checked="" type="checkbox"/> Volume (ml) : 400 ml Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
23h	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input checked="" type="checkbox"/> Volume (ml) : 230 ml Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++

NOM :

Prénom :

1er jour : Date :

Heure Lever :

Heure coucher :

Nombre de protections utilisées :

Taille : petite, moyenne, grande

Poids sec :

Poids humide :

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :

NOM :

Prénom :

2eme jour : Date :

Heure Lever :

Heure coucher :

Nombre de protections utilisées :

Taille : petite, moyenne, grande

Poids sec :

Poids humide :

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :

NOM :

Prénom :

3eme jour : Date :

Heure Lever :

Heure coucher :

Nombre de protections utilisées :

Taille : petite, moyenne, grande

Poids sec :

Poids humide :

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :

A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :
A quelle Heure ?	Que s'est-il passé ?
	Envie pressante d'uriner <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++
	Douleur de la vessie <input type="checkbox"/> Intensité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Fuite <input type="checkbox"/> Intensité + ++ +++ Provoqué par Un effort <input type="checkbox"/> lequel ? : Une envie pressante <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/>
	Miction <input type="checkbox"/> Quantité urinée (ml) : Sondage <input type="checkbox"/> Quantité au sondage (ml) :