Przestrzeń
ZDROWIA I ROZWOJU

Imię i nazwisko……. **Data**…….....……

Godz.	Ilość moczu (ml)	Siła parcia na mocz xxx / xx / x	Ilość wypitych płynów (ml)	Rodzaj napoju (kawa, sok, herbata, woda)	**Uwagi:** epizody utraty moczu, strategie odroczenia wizyty w wc, ilość użytych wkładek / pieluch itp.