

Alrijne Ziekenhuis  
postbus 4220  
2350 CC Leiderdorp

polikliniek Urologie  
polikliniek Gynaecologie

Patiëntensticker

datum: ..... - ..... - 20 .....

Het bijhouden van een mictielijst is van belang om te weten hoe uw plaspatroon is. Het geeft een beeld van de vochtinname, het aantal keer plassen, de grootte van de porties, de urineproductie per 24 uur en de eventuele mate van incontinentie. Alle gegevens dienen bij voorkeur 2 maal gedurende 24 uur bijgehouden te worden. Om te weten hoeveel u per keer plast heeft u een maatbeker nodig.

### Uitvoering

Het noteren van de gegevens gebeurt als volgt:

Naar bed om: ..... uur

Opstaan om: ..... uur

- Begin 's morgens met het meten van de eerste plas na het definitief opstaan. Vervolgens wordt elke plas van die dag en nacht opgevangen in de maatbeker, afgemeten en opgeschreven.
- Bij **tijd** (in de kolommen **vochtinname/drinken** en **urineproductie**) noteert u het tijdstip waarop iets plaatsvindt.
- Bij **hoeveelheid** (in de kolommen **vochtinname/drinken** en **urineproductie**) schrijft u op hoeveel u drinkt\* of uitplast in milliliters.
- Noteer in de kolom **vochtinname/drinken** ook **wat** u drinkt.
- In de kolom **ongewild urineverlies** geeft u met cijfers 1, 2, 3 of 4\*\* de mate van urineverlies aan.
- Vermeld tevens bij iedere plas in de kolommen **aandrang** en/of **pijn** of u dit voelde voordat u moest plassen.
- Aan het einde van de dag telt u de hoeveelheden op en noteert u dat onderaan de eerste en tweede kolom.
- Omcirkel bij **urineproductie** de grootste plas en de kleinste plas van de dag.

### \*Drinkvolume:

glas = 150 ml  
kopje = 125 ml  
toetje = 150 ml  
mok/soep = 200 ml  
fruit = 75 ml

### \*\*Ongewild urineverlies:

1 = druppels

2 = scheutje

3 = nat

4 = nat en kleding verschoenen

## Dag 1

vochtinname/drinken			urineproductie		ongewild urineverlies: hoeveelheid 1, 2, 3 of 4	aandrang	pijn
tijd	wat	hoeveelheid in ml	tijd	hoeveelheid in ml			
1	.....	.....	1	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2	.....	.....	2	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3	.....	.....	3	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4	.....	.....	4	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5	.....	.....	5	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
6	.....	.....	6	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
7	.....	.....	7	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
8	.....	.....	8	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
9	.....	.....	9	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
10	.....	.....	10	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
11	.....	.....	11	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
12	.....	.....	12	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
13	.....	.....	13	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
14	.....	.....	14	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
15	.....	.....	15	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
16	.....	.....	16	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
17	.....	.....	17	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
18	.....	.....	18	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
19	.....	.....	19	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
20	.....	.....	20	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>Totaal aantal ml</b> .....			<b>Tot. aantal ml</b> .....				

## Dag 2

vochtinname/drinken			urineproductie		ongewild urineverlies: hoeveelheid 1, 2, 3 of 4	aandrang	pijn
tijd	wat	hoeveelheid in ml	tijd	hoeveelheid in ml			
1	.....	.....	1	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2	.....	.....	2	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3	.....	.....	3	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4	.....	.....	4	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5	.....	.....	5	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
6	.....	.....	6	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
7	.....	.....	7	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
8	.....	.....	8	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
9	.....	.....	9	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
10	.....	.....	10	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
11	.....	.....	11	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
12	.....	.....	12	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
13	.....	.....	13	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
14	.....	.....	14	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
15	.....	.....	15	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
16	.....	.....	16	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
17	.....	.....	17	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
18	.....	.....	18	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
19	.....	.....	19	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
20	.....	.....	20	.....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>Totaal aantal ml</b> .....			<b>Tot. aantal ml</b> .....				