

# Plasdagboek

## Waarom een plasdagboek invullen?

Uw zorgverlener vraagt u om **2 dagen** nauwkeurig het plasdagboek in te vullen.

Het plasdagboek geeft inzicht in uw vochtinname en uw plaspatroon.

Mede door uw gegevens kan uw zorgverlener een diagnose stellen en een behandelingsplan opstellen. Het is daarom van groot belang dat u deze lijst zorgvuldig invult (ook als u een verzakking heeft).

## Hoe vult u het plasdagboek goed in?

- Begin met het invullen van de lijst als u uit bed komt tot u de volgende ochtend weer opstaat (24 uur).
- Als u 's nachts iets drinkt, plast of urine verliest moet u dit ook opschrijven.
- Noteer steeds het tijdstip wanneer u iets drinkt, plast of ongewild urine verliest. Noteer in de kolom **aandrang, pijn en ontlasting** wat voor u van toepassing is.
- Leg het plasdagboek goed in het zicht, zodat u deze niet vergeet in te vullen. Bijv. op het toilet. Als u ergens heen gaat, neemt u de lijst en maatbeker mee.

## Hoe meet u de hoeveelheid urine?

Als u moet plassen gaat u naar het toilet en vangt u uw plas op. U kunt een maatbeker gebruiken die u op het toilet bewaart. De gemeten plas geeft u aan in milliliters (ml), vul dit in bij de kolom **plassen**.

Het meten kan lastig zijn als u niet op tijd op het toilet bent en al wat urine verloren heeft. Wat u plast, meet u alsnog op en het urineverlies kunt u dan met bijvoorbeeld een cijfer aangeven in de kolom

### urineverlies:

- 1) Druppels
- 2) Scheuten
- 3) Hele plas

## Voorbeeld

U drinkt om 8.00 uur 's ochtends een glas water. Daarna gaat u naar het toilet om te plassen. U heeft aandrang en u wilt gelijk uw incontinentieverband verwisselen, omdat u met hoesten wat druppels heeft verloren. Dan vult u het volgende in:

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Tijd:             | 08.00 uur |
| Urinehoeveelheid: | 250 ml    |
| Pijn:             | nee       |
| Verbandwissel:    | ja        |
| Drinkhoeveelheid: | 200 ml    |
| Aandrang:         | ja        |
| Urineverlies:     | 1         |

De hoeveelheid die u drinkt:

|               |        |
|---------------|--------|
| Kopje =       | 125 ml |
| glas =        | 200 ml |
| Mok/soepkom = | 200 ml |
| Fruit =       | 75 ml  |
| Toetje =      | 150 ml |

## Verbandwissel

Noteer wanneer u verband wisselt. Zo kan uw zorgverlener zien hoeveel keren u verbanden moet wisselen.

## Bijzonderheden

U kunt hier noteren welk soort verband u gebruikt (bijv. inlegkruisje, tena lady normal, etc.), tijdstip van opstaan en naar bed gaan en andere informatie waarvan u denkt dat het belangrijk is dat uw zorgverlener dit weet.

## Vragen?

Wij helpen u graag. U kunt contact opnemen met:

Poli urologie:

T: (076) 595 10 26 keuze nr. 2

Bekkenbodemcentrum:

T : (076) 595 10 32

E: [bekkenbodemcentrum@amphia.nl](mailto:bekkenbodemcentrum@amphia.nl)

Naam:

Datum:

Opgestaan om:

Naar bed om:

| Vochtinnname  |                                     | Plassen         |               |                           | Ongewenst urineverlies        |                              |                           | Ontlasting                        |                            |                    |
|---------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Tijd          | Drinken (vocht) in milliliters (ml) | Wat voor vocht? | Tijd          | Urine in milliliters (ml) | Aandrang Geen/ normaal/ sterk | Pijn tijdens plassen? Ja/nee | Druppels / scheidt / plas | Urineverlies bij welke activiteit | Verband verwisseld? Ja/nee | Dun / zacht / hard |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |               |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |
| <b>Totaal</b> |                                     |                 | <b>Totaal</b> |                           |                               |                              |                           |                                   |                            |                    |

Kopje= 125ml

Glas= 200ml

Toetje= 150ml

Fruit= 75ml

Naam:

Datum:  
Opgestaan om:  
Naar bed om:

| Vochtinnname  |                                     | Plassen         |      |                           | Ongewenst urineverlies        |                              |                          | Ontlasting                        |                            |                    |
|---------------|-------------------------------------|-----------------|------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Tijd          | Drinken (vocht) in milliliters (ml) | Wat voor vocht? | Tijd | Urine in milliliters (ml) | Aandring Geen/ normaal/ sterk | Pijn tijdens plassen? Ja/nee | Druppels / scheut / plas | Urineverlies bij welke activiteit | Verband verwisseld? Ja/nee | Dun / zacht / hard |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
|               |                                     |                 |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |
| <b>Totaal</b> |                                     | <b>Totaal</b>   |      |                           |                               |                              |                          |                                   |                            |                    |

Kopje= 125ml

Glas= 200ml

Toetje= 150ml

Fruit= 75ml

| <b>In te vullen door zorgverlener</b> |            |   |            |   |  |
|---------------------------------------|------------|---|------------|---|--|
| Dag 1                                 | Freq. D:   | x | N:         | x |  |
|                                       | Intake:    |   | TMV:       |   |  |
|                                       | Min.blaas: |   | Gem.blaas: |   |  |
|                                       | Max.blaas: |   |            |   |  |
|                                       | UI         |   |            |   |  |
| Dag 2                                 | Freq. D:   | x | N:         | x |  |
|                                       | Intake:    |   | TMV:       |   |  |
|                                       | Min.blaas: |   | Gem.blaas: |   |  |
|                                       | Max.blaas: |   |            |   |  |
|                                       | UI         |   |            |   |  |
| Conclusie /advies:                    |            |   |            |   |  |