

PATIËNTEN DAGBOEK ALGEMEEN BUIKPIJN

Telkens wanneer u ontlasting heeft gehad, vult u dit onmiddellijk in. Iedere avond voor u naar bed gaat, omcirkelt u de beschrijving die het best bij uw symptomen horen. Gelieve ook de medicatie die u gebruikt, te noteren.

Datum	.../.../20..	.../.../20..	.../.../20..	.../.../20..	.../.../20..	.../.../20..	.../.../20..
Dag	1	2	3	4	5	6	7
1. Aantal keren stoelgang de voorbije 24u							
2. Hoe ziet uw stoelgang er uit?	Waterig Halfvast Gevormd	Waterig Halfvast Gevormd	Waterig Halfvast Gevormd	Waterig Halfvast Gevormd	Waterig Halfvast Gevormd	Waterig Halfvast Gevormd	Waterig Halfvast Gevormd
3. Is uw buik opgezet?	Niet Matig Ernstig	Niet Matig Ernstig	Niet Matig Ernstig	Niet Matig Ernstig	Niet Matig Ernstig	Niet Matig Ernstig	Niet Matig Ernstig
4. Heeft u buikpijn?	Geen Matig Ernstig	Geen Matig Ernstig	Geen Matig Ernstig	Geen Matig Ernstig	Geen Matig Ernstig	Geen Matig Ernstig	Geen Matig Ernstig
5. Hoe voelt u zich algemeen?	Goed Matig Slecht	Goed Matig Slecht	Goed Matig Slecht	Goed Matig Slecht	Goed Matig Slecht	Goed Matig Slecht	Goed Matig Slecht
6. Heeft u last van incontinentie?	Ja Neen	Ja Neen	Ja Neen	Ja Neen	Ja Neen	Ja Neen	Ja Neen

Medicatie: Naam + Dosis	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal