

JOURNAL QUOTIDIEN D'UNE INCONTINENCE ANALE (FÉCALE)

Ce journal a pour but de collecter des informations sur votre incontinence anale et sur ses répercussions dans votre vie quotidienne pendant 2 semaines.
Je vous demande de bien vouloir remplir tous les jours une colonne.

* Indiquer la sévérité par 1 (pour légère), 2 (pour modérée) ou 3 (pour sévère).

Date	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jour de la semaine	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nombre d'évacuation	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nombre d'essai pour aller à selles	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Selles dures	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Nécessité d'un lavement ou suppositoire	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Sensation d'obstacle à l'exonération	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Aide digitale pour aller à selles	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Sensation de vidange rectale incomplète	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Douleurs abdominales soulagées après selles	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Constipation affecte ma qualité de vie	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Remarques	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

* Indiquer la sévérité par 1 (pour légère), 2 (pour modérée) ou 3 (pour sévère).

Date	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jour de la semaine	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nombre d'évacuation	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nombre d'essais pour aller à selles	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Selles dures	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Nécessité d'un lavement ou suppositoire	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Sensation d'obstacle à l'exonération	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Aide digitale pour aller à selles	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Sensation de vidange rectale incomplète	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Douleurs abdominales soulagées après selles	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Constipation affecte ma qualité de vie	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...	<input type="checkbox"/> non, <input type="checkbox"/> oui, * ...
Remarques	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Remarques générales :

.....

.....

.....

.....