MAPA DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO

NOME: _____IDADE:_____DATA:_____

TRATAMENTO (DROGAS E DOSES):_____

DATA	EVACUOU (FEZ COCÔ) HOJE? SIM OU NÃO	TEVE DOR PARA EVACUAR? SIM OU NÃO	TEVE QUE FAZER FORÇA? SIM OU NÃO	TEVE MEDO OU PRENDEU AS FEZES? SIM OU NÃO	SUJOU CUECA OU CALCINHA DE FEZES? SIM OU NÃO	TEVE DOR OU A BARRIGA FICOU INCHADA? SIM OU NÃO	TEVE SANGUE NAS FEZES? SIM OU NÃO	ENTUPIU O VASO? SIM OU NÃO	ESCALA DE BRISTOL	OUTROS

MAPA DE CONTROLE DE CONSTIPAÇÃO

NOME: _____IDADE:_____DATA:_____

TRATAMENTO (DROGAS E DOSES):_____

DATA	EVACUOU (FEZ COCÔ) HOJE? SIM OU NÃO	TEVE DOR PARA EVACUAR? SIM OU NÃO	TEVE QUE FAZER FORÇA? SIM OU NÃO	TEVE MEDO OU PRENDEU AS FEZES? SIM OU NÃO	SUJOU CUECA OU CALCINHA DE FEZES? SIM OU NÃO	TEVE DOR OU A BARRIGA FICOU INCHADA? SIM OU NÃO	TEVE SANGUE NAS FEZES? SIM OU NÃO	ENTUPIU O VASO? SIM OU NÃO	ESCALA DE BRISTOL	OUTROS