

QUESTIONÁRIO DE ENURESE

NOME: _____

IDADE: _____.

1. Com qual idade deixou de usar fraldas: _____.

2. Sempre fez "xixi" na cama? () Sim () Não

3. Houve algum tempo em que seu filho deixou de fazer "xixi" na cama?

() Sim () Não

4. Quanto tempo ele ficou sem fazer "xixi" na cama? _____.

5. Quantas noites por semana ele fazer "xixi" na cama? _____.

6. Houve algum acontecimento importante na vida do seu filho que possa ter o influenciado a voltar a fazer "xixi" na cama? () Sim () Não

7. Qual? _____.

8. Existe, durante o dia, alguma queixa ou alteração no modo de urinar do seu filho? () Sim () Não

9. Qual?

() Faz "xixi" na cueca.

() Não consegue chegar a tempo ao banheiro.

() Faz "xixi" muitas vezes e gotejando.

() Refere dor ao urinar.

() Se contorce e usa manobras para segurar o "xixi".

() Faz "xixi" muitas vezes e em grande volume.

10. Já teve infecção Urinária? () Sim () Não

11. Faz "cocô" todos os dias? () Sim () Não

12. Faz esforço para evacuar? () Sim () Não

13. Qual o aspecto das fezes?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()



14. Já fez algum tratamento antes? () Sim () Não

15. Qual?

- () Acorda a criança durante a noite para ir ao banheiro.
- () Reconfortar a criança dizendo-lhe que não tem culpa.
- () Spray no nariz (Desmospray)
- () Alarme sonoro (PipiStop)
- () Outro: _____.