Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Subdirección General de Atención al Ciudadano, Ordenación e Inspección Sanitaria

Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales

INFORME ABSORBENTES INCONTINENCIA DE ORINA

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

Nº AFILIACIÓN:_____ **CIP:** _____ **DNI:**_____

TIPO DE INCONTINENCIA: **Urinaria** ☐ **Biesfinteriana** ☐

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A INCONTINENCIA:_____

_____

	SI	**NO**
***DIABETES**:	☐	☐
***TRATAMIENTO CON DIURÉTICOS**:	☐	☐

Diuresis: _____ ml/24 horas.

	Nº Absorbentes Diarios					
Tipo	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Absorbente Día						
Absorbente Noche						
Absorbente Súper Noche						

Absorción absorbentes Día: **600** – 900ml
Absorción absorbentes Noche: **900** – 1200ml
Absorción absorbentes Súper- Noche: >**1200**ml

Se podrán prescribir diferentes tipos de absorbentes, siendo posible autorizar un número de absorbentes equivalente a un volumen máximo de absorción de **3600 ml**. Para calcular el volumen de absorción se utilizara el que aparece en negrita.

*En estos casos, la inspección podrá valorar la prescripción de hasta 4800ml.

Fecha: **Sello y firma**: