



Diario defecatorio



Instrucciones

Este diario está pensado para darle información detallada sobre su hábito intestinal.

Es importante que conteste a todas las preguntas, sin dejarse ninguna en blanco. Si la cuestión no es aplicable a su caso o bien no es procedente, conteste con un "o" si necesita poner un número, o bien conteste la opción "NP" de no procede.

Tiene que contestar al cuestionario siempre que vaya al lavabo con la intención de defecar, o bien cada vez que usted presente una fuga no deseada, ya sea sólida, líquida o simplemente gaseosa.

Tiene que rellenar el cuestionario durante **TRES SEMANAS (21 días consecutivos)**.

Este cuestionario recoge datos relativos a su grado de incontinencia durante el ÚLTIMO MES. Señale la respuesta que crea MÁS acertada en cada caso.

Durante el último mes ¿con qué frecuencia usted ha presentado...?

Incontinencia a heces sólidas:	
Nunca	0
Excepcionalmente (menos de una vez al mes)	1
Alguna vez (más de una vez al mes, pero menos de una vez a la semana)	2
Frecuentemente (una o más veces a la semana, pero menos que una vez al día)	3
Siempre (una o más veces al día)	4

Incontinencia a heces líquidas:	
Nunca	0
Excepcionalmente (menos de una vez al mes)	1
Alguna vez (más de una vez al mes, pero menos de una vez a la semana)	2
Frecuentemente (una o más veces a la semana, pero menos que una vez al día)	3
Siempre (una o más veces al día)	4

Incontinencia a gases:	
Nunca	0
Excepcionalmente (menos de una vez al mes)	1
Alguna vez (más de una vez al mes, pero menos de una vez a la semana)	2
Frecuentemente (una o más veces a la semana, pero menos que una vez al día)	3
Siempre (una o más veces al día)	4

Utiliza protección para evitar manchar su ropa interior (compresas, pañales...)	
Nunca	0
Excepcionalmente (menos de una vez al mes)	1
Alguna vez (más de una vez al mes, pero menos de una vez a la semana)	2
Frecuentemente (una o más veces a la semana, pero menos que una vez al día)	3
Siempre (una o más veces al día)	4

Le ha modificado su estilo de vida o forma de vida:	
Nunca	0
Excepcionalmente (menos de una vez al mes)	1
Alguna vez (más de una vez al mes, pero menos de una vez a la semana)	2
Frecuentemente (una o más veces a la semana, pero menos que una vez al día)	3
Siempre (una o más veces al día)	4

Semana 1	Dia 1		Dia 2	
P1. ¿Cuántas veces ha defecado hoy (tanto las veces que ha ido al lavabo como las que ha perdido)?				
P2. ¿Ha tenido que ir corriendo al lavabo para defecar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P3. ¿Si ha contestado Si, cuántas veces lo ha tenido que hacer, incluso las que no haya llegado a tiempo?				
P4. ¿Cuántas veces se le han escapado hoy por no llegar a tiempo al lavabo?				
P5. ¿Cuántas veces se le escapan sin tener consciencia de ello?				
P6. ¿Ha manchado su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P7. ¿Ha utilizado algún tipo de protección de su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P8. ¿Ha utilizado laxantes y/o enemas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P9. ¿Ha tomado algún tratamiento para retener las heces?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P10. ¿Su fuga fecal le ha impedido realizar su actividad habitual?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P11. ¿Cómo ha sido su defecación hoy?	Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P12. ¿Ha tenido que ayudarse con sus dedos para la defecación, o ha tenido la sensación de haber retenido heces sin poderlas evacuar?	Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P13. ¿Cuando tiene la sensación de defecar, cuánto tiempo puede retenerla de forma voluntaria?	min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P14. ¿Ha tenido pérdidas de orina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P15. ¿En qué porcentaje promedio siente que ha evacuado por completo su intestino?	Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>	
P16. ¿Cuántas veces promedio al día tiene que volver al lavabo en menos de una hora acabada una deposición?	Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>	
P17. ¿Ha podido diferenciar entre heces y gases?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>	

Semana 2	Dia 1		Dia 2	
P1. ¿Cuántas veces ha defecado hoy (tanto las veces que ha ido al lavabo como las que ha perdido)?				
P2. ¿Ha tenido que ir corriendo al lavabo para defecar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P3. ¿Si ha contestado Sí, cuántas veces lo ha tenido que hacer, incluso las que no haya llegado a tiempo?				
P4. ¿Cuántas veces se le han escapado hoy por no llegar a tiempo al lavabo?				
P5. ¿Cuántas veces se le escapan sin tener consciencia de ello?				
P6. ¿Ha manchado su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P7. ¿Ha utilizado algún tipo de protección de su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P8. ¿Ha utilizado laxantes y/o enemas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P9. ¿Ha tomado algún tratamiento para retener las heces?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P10. ¿Su fuga fecal le ha impedido realizar su actividad habitual?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P11. ¿Cómo ha sido su defecación hoy?	Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P12. ¿Ha tenido que ayudarse con sus dedos para la defecación, o ha tenido la sensación de haber retenido heces sin poderlas evacuar?	Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P13. ¿Cuando tiene la sensación de defecar, cuánto tiempo puede retenerla de forma voluntaria?	min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P14. ¿Ha tenido pérdidas de orina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P15. ¿En qué porcentaje promedio siente que ha evacuado por completo su intestino?	Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>	
P16. ¿Cuántas veces promedio al día tiene que volver al lavabo en menos de una hora acabada una deposición?	Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>	
P17. ¿Ha podido diferenciar entre heces y gases?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>	

Dia 3		Dia 4		Dia 5		Dia 6		Dia 7	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Sólida <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/>	
Blanda <input type="checkbox"/>		Blanda <input type="checkbox"/>		Blanda <input type="checkbox"/>		Blanda <input type="checkbox"/>		Blanda <input type="checkbox"/>	
Líquida <input type="checkbox"/>		Líquida <input type="checkbox"/>		Líquida <input type="checkbox"/>		Líquida <input type="checkbox"/>		Líquida <input type="checkbox"/>	
NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>	
Dedos <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/>	
Retención <input type="checkbox"/>		Retención <input type="checkbox"/>		Retención <input type="checkbox"/>		Retención <input type="checkbox"/>		Retención <input type="checkbox"/>	
NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>	
min <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/>	
NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>		NP <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Siempre <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/>	
75 - 100% <input type="checkbox"/>		75 - 100% <input type="checkbox"/>		75 - 100% <input type="checkbox"/>		75 - 100% <input type="checkbox"/>		75 - 100% <input type="checkbox"/>	
50 - 75% <input type="checkbox"/>		50 - 75% <input type="checkbox"/>		50 - 75% <input type="checkbox"/>		50 - 75% <input type="checkbox"/>		50 - 75% <input type="checkbox"/>	
25 - 50% <input type="checkbox"/>		25 - 50% <input type="checkbox"/>		25 - 50% <input type="checkbox"/>		25 - 50% <input type="checkbox"/>		25 - 50% <input type="checkbox"/>	
0 - 25% <input type="checkbox"/>		0 - 25% <input type="checkbox"/>		0 - 25% <input type="checkbox"/>		0 - 25% <input type="checkbox"/>		0 - 25% <input type="checkbox"/>	
Nunca <input type="checkbox"/>		Nunca <input type="checkbox"/>		Nunca <input type="checkbox"/>		Nunca <input type="checkbox"/>		Nunca <input type="checkbox"/>	
Ninguno <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>	
Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/>		Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/>		Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/>		Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/>		Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/>	
Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/>		Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/>		Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/>		Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/>		Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/>	
Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/>		Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/>		Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/>		Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/>		Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/>	
Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/>		Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/>		Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/>		Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/>		Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/>	
Más de 10 <input type="checkbox"/>		Más de 10 <input type="checkbox"/>		Más de 10 <input type="checkbox"/>		Más de 10 <input type="checkbox"/>		Más de 10 <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
A veces <input type="checkbox"/>		A veces <input type="checkbox"/>		A veces <input type="checkbox"/>		A veces <input type="checkbox"/>		A veces <input type="checkbox"/>	

Semana 3	Dia 1		Dia 2	
P1. ¿Cuántas veces ha defecado hoy (tanto las veces que ha ido al lavabo como las que ha perdido)?				
P2. ¿Ha tenido que ir corriendo al lavabo para defecar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P3. ¿Si ha contestado Si, cuántas veces lo ha tenido que hacer, incluso las que no haya llegado a tiempo?				
P4. ¿Cuántas veces se le han escapado hoy por no llegar a tiempo al lavabo?				
P5. ¿Cuántas veces se le escapan sin tener consciencia de ello?				
P6. ¿Ha manchado su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P7. ¿Ha utilizado algún tipo de protección de su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P8. ¿Ha utilizado laxantes y/o enemas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P9. ¿Ha tomado algún tratamiento para retener las heces?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P10. ¿Su fuga fecal le ha impedido realizar su actividad habitual?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P11. ¿Cómo ha sido su defecación hoy?	Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P12. ¿Ha tenido que ayudarse con sus dedos para la defecación, o ha tenido la sensación de haber retenido heces sin poderlas evacuar?	Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P13. ¿Cuando tiene la sensación de defecar, cuánto tiempo puede retenerla de forma voluntaria?	min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P14. ¿Ha tenido pérdidas de orina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P15. ¿En qué porcentaje promedio siente que ha evacuado por completo su intestino?	Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>	
P16. ¿Cuántas veces promedio al día tiene que volver al lavabo en menos de una hora acabada una deposición?	Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>	
P17. ¿Ha podido diferenciar entre heces y gases?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>	

Coloplast desarrolla productos y servicios para facilitar la vida de las personas con necesidades especiales. Trabajando cerca de las personas que utilizan nuestros productos, desarrollamos soluciones que se adaptan a sus necesidades.

Nuestro negocio incluye el cuidado de la ostomía, urología, cuidado de la continencia, así como de las heridas y de la piel. Operamos a nivel mundial y tenemos más de 12.000 empleados.



Antes de usar el producto, consulte siempre las Instrucciones de Uso

[Ostomy Care](#) / [Continence Care](#) / [Wound & Skin Care](#) / [Interventional Urology](#)

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S. A.
Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.

www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2020/08 - 460N0D2292

