



# *Diario intestinal*

*Peristeen<sup>®</sup> Plus*



Este diario está dirigido a pacientes que han empezado a utilizar Peristeen® Plus:

**Instrucciones:** Anote diariamente todas las deposiciones e incidencias que le ocurran.

Traiga su diario en la próxima cita.

*Paciente:* .....

*Fecha pre/post tratamiento:* ..... / .....

## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							



## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							



## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							





## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							



## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							



## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							



## Si ha defecado con Peristeen® Plus, responda a las siguientes preguntas (Rodee con un círculo la respuesta)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Ha defecado con Peristeen® Plus? Anote cuando y las veces M (mañana), T (tarde), N (noche)	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces	SI NO M T N .....veces
Insuflaciones del balón (máximo 4)	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Número de irrigaciones	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4	0-1-2-3-4
Cantidad total de agua	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml	.....ml
¿Ha tenido escapes o manchados? Anote cantidad y momento del día	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....	SI NO ..... .....

## Responda a estas preguntas poniendo una señal cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. He ido corriendo al cuarto de baño HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a defecar normal SIN TENER QUE CORRER							





## Escala de heces de Bristol

Estas ilustraciones pueden ayudarle a determinar su tipo de heces:

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	Tipo 6	Tipo 7
						
Trozos duros, separados, que pasan con dificultad	Como una salchicha compuesta de fragmentos	Con forma de salchicha, con grietas en la superficie	Como una salchicha, lisa y blanda	Trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente	Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

\* El tipo 5 puede ocurrir por falta de fibra en la dieta

## Escala de dolor



0

No me duele nada



1 - 2

Solo un poco, puedo soportarlo



3 - 4

Molesta un poco



5 - 6

Duele, pero puedo soportarlo



7 - 8

Duele mucho



9 - 10

Insoportable

## Escala de intensidad del olor



0

Sin olor



1 - 2

Muy leve



3 - 4

Débil



5 - 6

Fácilmente notable



7 - 8

Fuerte



9 - 10

Muy fuerte

Sistema de irrigación transanal

Peristeen® Plus



La historia de Coloplast comenzó en 1.954 cuando Elise Sørensen, una enfermera danesa, diseñó la primera bolsa adhesiva del mundo. A su hermana Thora le habían realizado una ostomía y le daba miedo salir a la calle y tener fugas en público. Escuchando los problemas de su hermana, Elise diseñó una bolsa que se adhería a la piel y evitaba las fugas del efluente, dando a su hermana y a miles de personas la oportunidad de hacer una vida normal.

Una solución simple con un gran impacto social.

Hoy en día nuestro negocio incluye el cuidado de la ostomía, urología, continencia y cuidado de las heridas. Nuestra forma de hacer negocios sigue el ejemplo de Elise: escuchamos, aprendemos y respondemos con productos y servicios que hacen la vida más fácil a las personas con necesidades especiales.