

Catalogue des mictions et des selles

Journal sur 3 jours (recueil à domicile)

Nom et prénom de l'enfant : _____ Âge : _____
 Période d'observation : du : _____ au : _____

Comment remplir ce journal

Matériel : un gobelet ou récipient gradué en millilitres (mL).

1. Pendant **3 jours**, si possible en incluant un week-end où l'enfant est à la maison, notez **chaque pipi, chaque boisson et chaque selle**.
2. À chaque pipi, l'enfant urine dans le récipient gradué : notez l'**heure** et le **volume en mL**.
3. Indiquez (O/N) si l'enfant a eu une **envie pressante impossible à retenir** (impériosité), une **fuite** (culotte mouillée), ou des **brûlures/douleurs**.
4. Notez chaque **boisson** (heure, type, quantité).
5. Pour les **selles** : heure, **type Bristol** (échelle ci-dessous), s'il a fallu **pousser** ou si c'était **douloureux**, et s'il y a eu des **traces dans la culotte**.
6. La **nuit** : indiquez si le lit/la couche était mouillé au réveil et combien de fois l'enfant s'est levé pour uriner.
7. Notez la **1^{re} miction du matin** dans la case dédiée : le volume est plus grand car la vessie s'est remplie toute la nuit : c'est normal.
8. Ne changez rien aux habitudes pendant ces 3 jours (ni plus, ni moins à boire) : on veut une journée **habituelle**. Même une journée « normale » est utile.

Échelle de Bristol : forme des selles

Type	Aspect	Interprétation
1	Petites billes dures et séparées, difficiles à évacuer (comme des noisettes)	Constipation
2	En forme de saucisse, mais grumeleuse et bosselée	Constipation
3	Comme une saucisse, avec des craquelures à la surface	Normal
4	Comme une saucisse ou un serpent, lisse et molle	Normal
5	Morceaux mous aux bords nets, faciles à évacuer	Limite molle
6	Morceaux mous et duveteux aux bords déchiquetés, bouillie	Diarrhée
7	Entièrement liquide, sans morceaux solides	Diarrhée

Important : des selles **quotidiennes** peuvent quand même correspondre à une constipation si elles sont de type 1–2, douloureuses, avec poussée, ou de très gros diamètre.

Jour 1

Date : _____

Lever : _____

Coucher : _____

1^{re} miction du matin

Heure : _____

Volume : _____ mL

Mictions (pipi)

Heure	Volume (mL)	Envie pressante ? (O/N)	Fuite ? (O/N)	Brûlure/douleur ? (O/N)

Boissons

Heure	Type de boisson (eau, lait, jus, soda...)	Quantité (mL)

Selles

Heure	Type Bristol (1–7)	Poussée ? (O/N)	Douleur ? (O/N)	Traces culotte ? (O/N)

Nuit

Lit/couche mouillé au réveil ? (O/N) : _____

Nombre de réveils pour uriner : _____

Jour 2

Date : _____

Lever : _____

Coucher : _____

1^{re} miction du matin

Heure : _____

Volume : _____ mL

Mictions (pipi)

Heure	Volume (mL)	Envie pressante ? (O/N)	Fuite ? (O/N)	Brûlure/douleur ? (O/N)

Boissons

Heure	Type de boisson (eau, lait, jus, soda...)	Quantité (mL)

Selles

Heure	Type Bristol (1–7)	Poussée ? (O/N)	Douleur ? (O/N)	Traces culotte ? (O/N)

Nuit

Lit/couche mouillé au réveil ? (O/N) : _____

Nombre de réveils pour uriner : _____

Jour 3

Date : _____

Lever : _____

Coucher : _____

1^{re} miction du matin

Heure : _____

Volume : _____ mL

Mictions (pipi)

Heure	Volume (mL)	Envie pressante ? (O/N)	Fuite ? (O/N)	Brûlure/douleur ? (O/N)

Boissons

Heure	Type de boisson (eau, lait, jus, soda...)	Quantité (mL)

Selles

Heure	Type Bristol (1–7)	Poussée ? (O/N)	Douleur ? (O/N)	Traces culotte ? (O/N)

Nuit

Lit/couche mouillé au réveil ? (O/N) : _____

Nombre de réveils pour uriner : _____