

Skala Wexnera

Imię i nazwisko:

PRZED TERAPIĄ	Data:				
Ocena nietrzymania stolca i gazów (skala Wexnera)					
Rodzaj nietrzymania	Częstotliwość				
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Stolec stały	0	1	2	3	4
Płynny	0	1	2	3	4
Gazy	0	1	2	3	4
Użycie podpasek (pieluchomajtek)	0	1	2	3	4
Zmiana stylu życia	0	1	2	3	4
Razem 0 - idealne trzymanie, 20 - kompletne nietrzymanie nigdy = 0 rzadko = <1/miesiąc czasami = <1/tydzień, ≥1/miesiąc często = <1/dzień, ≥1/tydzień zawsze = ≥1/dzień					

PO TERAPII	Data:				
Ocena nietrzymania stolca i gazów (skala Wexnera)					
Rodzaj nietrzymania	Częstotliwość				
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Stolec stały	0	1	2	3	4
Płynny	0	1	2	3	4
Gazy	0	1	2	3	4
Użycie podpasek (pieluchomajtek)	0	1	2	3	4
Zmiana stylu życia	0	1	2	3	4
Razem 0 - idealne trzymanie, 20 - kompletne nietrzymanie nigdy = 0 rzadko = <1/miesiąc czasami = <1/tydzień, ≥1/miesiąc często = <1/dzień, ≥1/tydzień zawsze = ≥1/dzień					

