

nome operatore  
sig.  
nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
residente a: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel: \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

### CONSENSO ALLA PRIVACY (ALLEGATO)

inviata da: \_\_\_\_\_  
motivo invio \_\_\_\_\_  
consenso o dissenso alle cure \_\_\_\_\_  
  
contesto familiare \_\_\_\_\_  
  
contesto socio culturale \_\_\_\_\_  
  
professione \_\_\_\_\_  
attività fisica \_\_\_\_\_  
abitudini alimentari \_\_\_\_\_  
apporto di liquidi giornaliero \_\_\_\_\_  
caffè/thè \_\_\_\_\_ fumo \_\_\_\_\_ vino/alcolici \_\_\_\_\_  
allergie intolleranze \_\_\_\_\_  
note \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

\_\_\_\_\_

familiarità genitourinaria \_\_\_\_\_

### ANAMNESI REMOTA

ANNO	PATOLOGIA/DISTURBO	TERAPIA/FARMACIA INTERVENTO CHIRURGICO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

neuropatie

sindrome/disturbi depressivi

**ANAMNESI RECENTE**

terapie in corso

**ANAMNESI GINECOLOGICA**

menarca

caratteristiche ciclo

U.M.

ultimo controllo ginecologico / / / pap test / / /

ecografie ginecologiche

vaginiti ricorrenti  no  sì

tipo

terapia

interventi ginecologici

CONTRACCEZIONE	TIPO E PERIODO	EFFETTI COLLATERALI
TP.ESTRO-PROGESTINICO		
TP PROGESTINICA		
IUD		
ALTRO		

menopausa  no  sì dal

terapia sostitutiva  no  sì quale

disturbi in menopausa quali

rimedi/terapia

**ANAMNESI SESSUALE**

vita sessuale

rapporti sessuali

grado di soddisfazione

disturbi (bruciore, fastidio)

difficoltà ai rapporti (senso di peso, ingombro)

dolore e sue caratteristiche (localizzazione, durata, scheda vas)

impossibilità ad iniziare o terminare il rapporto

cistiti post-coitali

**anamnesi ostetrica**

ANNO	DECORSO GRAVIDANZA	ESITO	PESO NEONATO	ESITI PERINEALI

note ( aumento ponderale, ecc)

corso di accompagnamento alla nascita  no  sì

conoscenza / lavoro sul pp

**ANAMNESI MINZIONALE**enuresi  no  sìnumero di minzioni giornaliere  < 5  6-8  >8minzioni notturne  no  1  >2quantità di urina per minzione  poca  discreta  molta  non sapreiinterruzione del mitto  no  sì

abitudine minzionale postura

ponzamento

difficoltà minzionali ( esitazione, intermittenza, sensazione di non svuotamento)

peso pubico  no  sì dolore pubico  no  sì

cistiti ricorrenti quali

rimedi/terapia

urinocultura / / / esito

ematuria  no  sìritenzione urinaria  no  sìcapacità di raggiungere la toilette in tempo  no  sì

perdita di urina da sforzo  no  sì quale? (tosse, starnuto, ecc.)

perdita di urina da urgenza  no  sì

quantità di urina persa  scarsa  modesta  abbondante

uso di dispositivi protettivi  salvaslip  n° assorbenti  altro

sintomo correlabile a  parto  menopausa  interventi  stress  altro

influenza sulla sintomatologia  ciclo mestruale  stress  altro

visita urologica/uroginecologica

prove urodinamiche

altri accertamenti (qtip test- pad test- residuo minzionale)

### ANAMNESI PROCTOLOGICA

alvo

descrizione dell' atto defecatorio

frequenza  1 al dì  ogni 2 dì  ogni 3/4 dì  altro

consistenza feci

senso di completa evacuazione  sì  no

uso di ausili  no  sì quali e quando

rinvio dello stimolo  no  sì

difficoltà a trattenere i gas  no  sì

soiling  no  sì

episodi di urgenza fecale  no  sì

incontinenza alle feci  no  liquide  solide

emorroidi  no  sì

sangue all'evacuazione  no  sì

disturbi anali (arrossamenti)  no  sì

visita proctologica

note

**OSSERVAZIONE FISICA**

peso \_\_\_\_\_ altezza \_\_\_\_\_ bmi \_\_\_\_\_

variazioni di peso \_\_\_\_\_

osservazione posturale \_\_\_\_\_

rachide  iperlordosi  cifosi  scoliosi

bacino  neutro  antiverso  retroverso

respirazione \_\_\_\_\_

discopatie/lombalgie \_\_\_\_\_

asimmetrie lombo pelviche \_\_\_\_\_

contratture \_\_\_\_\_

note ( ev. richiesta di consulenza fisiatra /osteopata) \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO PELVI -PERINEALE****osservazione genitali**

trofismo \_\_\_\_\_

colore \_\_\_\_\_

cicatrici \_\_\_\_\_

beanza vulvare  v0  v1  v2  v3

distanza av  - di 3 cm  - di 3/4 cm  + di 4 cm

nfc  normotonico  ipotonico  introflesso  estroflesso

**osservazione alla richiesta di contrazione**

descrizione \_\_\_\_\_

inversione di comando \_\_\_\_\_

coordinazione respiratoria \_\_\_\_\_

osservazione addominale  bulging  hollowing  bombment  grado

sinergie muscolari  agoniste  antagoniste

**valutazione manuale**

nfc \_\_\_\_\_

riflessi \_\_\_\_\_

bulbo- cavernoso  no  sì

addomino -perinale  no  sì

anale  no  sì

**sensibilità**

swab-test  no  sì trigger point \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

muscolo ischio -cavernoso \_\_\_\_\_

trasverso superficiale \_\_\_\_\_

muscolatura pelvi-trocanterica \_\_\_\_\_

## ispezione vaginale

in posizione litotomica modificata  cistocele  isterocele  rettocele

manovra di valsalva

valutazione in ortostatismo

stadiazione hws

PCTEST FASICO	PCTEST TONIC	AFFATICABILITA
0 nessuna contrazione	N.a. se forza = a 0	n. a. se la tenuta < a 2
1 appena accennata	0 = < a 2 sec.	0 = 1 contrazione
2 debole	1 = tra 2 e 5 sec.	1 = da 2 a 5 contrazioni
3 moderata	2 = tra 5 e 9 sec.	2 = da 5 a 9 contrazioni
4 buona	3 => a 9 sec.	3 = > a 9 contrazioni
5 forte		

possibilita' di ripetizione nel tempo

rilassamento dopo contrazione

ipertono

pctest finale

## osservazione perineo posteriore

tono

trofismo

emorroidi  sì  no

ragadi  sì  no

prolasso mucosa rettale  sì  no

capacita' di contrarre/rilassare

manovra di ponzamento

inversione di comando

tono  SAE

SAI

sinergie  glutei/adduttori

addominali

## CONCLUSIONI

livello di disagio/desiderio

strategie adottate

desideri e obiettivi della pte

trattamento terapeutico proposto

programmazione sedute

### **consenso informato al trattamento**

bilancio

entità del disturbo iniziale

entità del disturbo al termine del trattamento