



sig. _____ anni _____

professione _____

peso precedente _____

peso attuale _____

disturbi uro/ ginecologici(incontinenza, senso di peso, dolore , difficoltà ai rapporti)?

ANAMNESI FAMILIARE PER MENOPAUSA PRECOCE

PRE-MENOPAUSA

(situazione familiare , sintomi generali, grado di accettazione ,sintomi uro/ginecologici/sessuali(disturbi desiderio-eccitazione-orgasmo-dolore)/ proctologici,disturbi depressivi , terapie , esami ematici, visite specialistiche)

MENOPAUSA

anno _____ u.m. _____

TIPO (spontanea, chirurgica,situazione familiare, ecc.,aggravamento o modificazione dei sintomi)

POST-MENOPAUSA

situazione familiare ecc. / modificazione o aggravamento dei sintomi

STRATEGIE ADOTTATE

INDICAZIONI TERAPEUTICHE GENERALI

INIZIO TRATTAMENTO RIABILITATIVO (vedi cartella)