SCHEDA DI VALUTAZIONE AL PAP-TEST

sig. ..... anni .....

professione .....

motivo del controllo .....

inviata da: .....

u.m. ..... menopausa ☐ no ☐ sì anno .....

primo PAP test ☐ sì ☐ no .....

data ultimo PAP test effettuato .....

esito .....

disturbi/disagio nell'esecuzione dei PAP test precedenti? .....

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

.....

VALUTAZIONE PERINEALE (ispezione genitali, riflessi,sensibilità,statica pelvica ,richiesta di contrazione) .....

.....

.....

.....

esecuzione PAP .....

.....

osservazioni .....

.....

.....

.....

.....

.....

disturbi/ disagi avvertiti durante l'esecuzione .....

.....

conclusioni .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

proposte comportamentali/ terapeutiche .....

.....

.....

invio/ consulenza .....

.....

GOIPP
GRUPPO OSTETRICHE ITALIANE
PAVIMENTO PELVICO