

**\* Nome professionista**

Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nata a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO (allegato)**

Inviata da: \_\_\_\_\_  
Motivo invio \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_  
Attività fisica \_\_\_\_\_  
Apporto giornaliero di liquidi \_\_\_\_\_  
Caffè/thè \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ Vino/alcolici \_\_\_\_\_  
Allergie intolleranze \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familiarità genito-urinaria \_\_\_\_\_

**ANAMNESI REMOTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neuropatie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sindrome/disturbi depressivi \_\_\_\_\_

**ANAMNESI RECENTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapie in corso \_\_\_\_\_

ANNO	PATOLOGIA/DISTURBO	TERAPIA FARMACOLOGICA INTERVENTO CHIRURGICO

**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
TERAPIA ESTRO-PROGESTINICA		
TERAPIA PROGESTINICA		
IUD		
ALTRO		

Menopausa  No  Sì dal \_\_\_\_\_

Terapia sostitutiva  No  Sì quale \_\_\_\_\_

Disturbi in menopausa \_\_\_\_\_ quali \_\_\_\_\_

Terapia \_\_\_\_\_



## ANAMNESI SESSUALE

Vita sessuale attiva

Buona sensibilità durante i rapporti sessuali

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  Sì

Numero di minzioni giornaliere  < 5  6-8  >8

Minzioni notturne  No  1  >2

Quantità di urina per minzione  Poca  Discreta  Molta  Non saprei

Capacità di interruzione 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, urinocultura positiva a:

Terapia

Urinocultura del / / / Esito

Ematuria  No  Sì

Ritenzione urinaria  No  Sì

Capacità di raggiungere la toilette in tempo  No  Sì

Perdita di urina da sforzo  No  Sì Per quale motivo? (tosse, starnuto, sollevamento pesi 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

### ANAMNESI PROCTOLOGICA

Alvo

Difficoltà evacuatoria

Frequenza  1 al dì  Ogni 2 dì  Ogni 3/4 dì  Altro

Consistenza feci

Senso di completa evacuazione  Sì  No

Uso di ausili (digitazione manuale, microclismi, supposte, ecc.)  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			
<input type="checkbox"/> Rachide	<input type="checkbox"/> Iperlordosi	<input type="checkbox"/> Cifosi	<input type="checkbox"/> Scoliosi
<input type="checkbox"/> Bacino	<input type="checkbox"/> Neutro	<input type="checkbox"/> Antiverso	<input type="checkbox"/> Retroverso
Respirazione			
Discopatie/lombalgie			
Asimmetrie lombo pelviche			
Contratture			
Note (richiesta di consulenza fisiatrice, osteopatica, altro)			

## ESAME OBIETTIVO PELVI -PERINEALE

### Osservazione genitali

Trofismo				
Cicatrici				
Beanza vulvare	<input type="checkbox"/> V0	<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2	<input type="checkbox"/> V3
Distanza ano vulvare	<input type="checkbox"/> - Di 3 cm	<input type="checkbox"/> - Di 3/4 cm	<input type="checkbox"/> + Di 4 cm	
NFC	<input type="checkbox"/> Normotonico	<input type="checkbox"/> Ipotonico	<input type="checkbox"/> Discendente	<input type="checkbox"/> Disceso
Inversione di comando				
Coordinazione respiratoria				

### Valutazione manuale

Nfc				
Riflessi				
Bulbo- cavernoso	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Addomino -perineale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Anale	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
Swab-test	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Positivo	Ore
Muscolo bulbocavernoso:	<input type="checkbox"/> Normotonico	<input type="checkbox"/> Ipertonico		
Trasverso superficiale:	<input type="checkbox"/> Normotonico	<input type="checkbox"/> Ipertonico		
Muscolatura pelvi-trocanterica				

## Ispezione vaginale

In posizione litotomica modificata  Cistocele  Isterocele  Rettocele

Manovra di valsalva

Valutazione in ortostatismo

Stadiazione hws

PC TEST FASICO	PC TEST TONICO	AFFATICABILITÀ
0 nessuna contrazione	0 = < a 2 sec.	0 = < a 2 contrazioni
1 appena accennata	1= tra 2 e 5 sec.	1 = da 2 a 5 contrazioni
2 debole	2 =tra 5 e 9 sec.	2 = da 5 a 9 contrazioni
3 moderata	3 => a 9 sec.	3 = > a 9 contrazioni
4 buona		
5 forte		

Rilassamento dopo contrazione

Iperono

## PAVIMENTO PELVICO POSTERIORE

Tono

Sfinteri

Emorroidi  Sì  No

Ragadi  Sì  No

Prolasso mucosa rettale  Sì  No

Capacità di contrarre/rilassare

Manovra di ponzamento

Inversione di comando

Tono  Sae

Sai

Sinergie  Glutei/adduttori

Addominali

## CONCLUSIONI

Livello di disagio/desiderio al trattamento

Strategie adottate dalla paziente

Desideri e obiettivi della paziente

Trattamento terapeutico proposto

Programmazione sedute

Bilancio

Entità del disturbo iniziale

Entità del disturbo al termine del trattamento