

Sig.ra _____ Data / / Età _____

Peso precedente _____

Peso attuale _____

Disturbi uro-ginecologici _____

Disturbi proctologici: _____

CLIMATERIO

Sintomi generali: _____

Grado di accettazione: _____

Sintomi sessuali (disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, del dolore) _____

Disturbi neurovegetativi: _____

Esami: _____

Terapie: _____

Visite specialistiche: _____

MENOPAUSA

Tipo: Spontanea Chirurgica

Anno d'inizio _____ U.M. _____

Anamnesi familiare per menopausa precoce _____

Sintomi generali _____

Grado di accettazione: _____

Sintomi sessuali (disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, del dolore)

Disturbi neurovegetativi:

Esami:

Terapie:

Visite specialistiche:

POST MENOPAUSA

Aggravamento o modificazione dei sintomi:

Strategie adottate:

Indicazioni terapeutiche generali:

Inizio trattamento riabilitativo (compilazione cartella):