

CHECK-UP UROLOGICO MASCHILE

Nome della famiglia

Nome

Motivo della consultazione

Abitudini di vita

Professione

Sport

Bere

Quantità giornaliera

Anamnesi medica

Dimensione

Peso

☐ Variazione di peso

☐ Riabilitazione del perineo anteriore

Tipo

Intervento precedente

Tipo di intervento

Data

Medico prescrittore

Data

Prescrizione

Anamnesi chirurgica / Altro

Sintomi

Incontinenza urinaria

☐ Debolezza della vescica Le condizioni

Provoca disagio : ☐ Vita professionale

☐ Tempo libero e vita quo

☐ Perdite importan ☐ Indossare una protezione notturn ☐ Indossare una protezione quotidiana

Altro

Abitudini di vuotare

Frequenza

Giorno

Notte

☐ Svegliarsi perché si ha bisogno di urinare Altre



☐ Improvvisi impulsi non accettati Causa

Comportamento di vuotamento

☐ Sentire il bisogno di urinare

☐ Difficoltà a urinare

☐ Spinta per stimolare la minzione

☐ Spinta durante la minzione

Flusso urinario ☐ Basso ☐ Normal ☐ Forte ☐ Dividere ☐ In un colpo solo

Qualità della vita

Valutate il vostro disagio su una scala da 0 (nessun disagio, nessun peggioramento della qualità di vita) a 10 (disagio molto significativo, grave peggioramento della qualità di vita).

Disagio causato da problemi urinari

Disagio nella vita professionale

Imbarazzo nella vita privata

Interferenza con le attività del tempo libero

Valutazione dei muscoli

0 = nessuna contrazione

1 = tremolio

2 = contrazione appena percettibile

3 = contrazione media e non riproducibile per 3 volte al secondo

4 = contrazione riproducibile contro resistenza con fatica

5 = contrazione potente contro resistenza 5 volte 6 secondi

	Bilancio iniziale	Bilancio intermedio	Bilancio finale
Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Test muscolare complessivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bulboso-cancelloso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Restrizione uretrale volontaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inversione di controllo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sinergie muscolari (addominali, glutei massimi, adduttori, ecc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conclusioni e diagnosi fisioterapia

☐ Incontinenza urinaria da sforzo

☐ Instabilità della vescica

☐ Vescica mista

☐ Incontinenza da sovrariempimento

☐ Pollakiurie

☐ Disuria

Qualità della vita sessuale

Valutazione della vostra vita sessuale prima

Soddisfazione

Frequenza

Nei 6 mesi precedenti l'intervento

Capacità di raggiungere e mantenere l'erezione

Difficoltà a mantenere l'erezione fino alla fine del rapporto sessuale

Poiché l'operazione

Informazioni sui possibili effetti collaterali sulla sessualità

☐ Sì ☐ No

Conoscenza del referto operatorio

☐ Sì ☐ No

Soddisfazione per la gestione della sessualità post-operatoria

☐ Sì ☐ No

Problemi riscontrati

☐ Erezione insufficiente

☐ Nessuna erezione

☐ Trattamento difficile da eseguire

☐ Nessun trattamento proposto

☐ Supporto insufficiente

☐ Nessun supporto

☐ Rapporto con il partner

☐ Debolezza della vescica durante il rapporto sessuale

☐ Nessuna eiaculazione

☐ Nessun orgasmo

Trattamento proposto

☐ Trattamento per-os: Viagra, Cialis...

☐ Iniezione intra-cavernosa

☐ Vuoto

☐ Crema intrauretrale

Il trattamento è soddisfacente?

☐ Sì ☐ No

Come giudica la qualità della sua vita sessuale (0 nessuna vita sessuale,10 soddisfacente)?

Prima dell'operazione

Oggi

