

# VALUTAZIONE UROGINECOLOGICA

Nome della famiglia

Nome

Motivo della consultazione

Altro

## Abitudini di vita

Professione

Sport

Bere

Quantità

## Anamnesi medica

Dimensione

Peso

☐ Variazione di peso

☐ Pipì a letto

☐ Diabete

☐ Bronchite cronica

Altre malattie / Farmaci / Integratori alimentari

## Anamnesi uroginecologica

☐ Infezione delle vie ☐ Infezione vaginale

Frequenza

Ciclo mestruale

☐ Irregolare

☐ Dolore

Metodo contraccettivo

☐ Riabilitazione del perineo anteriore

Data

Tipo

☐ Menopausa

Da

Trattamento

## Anamnesi ano-rettale

Frequenza dei movimenti intestinali

☐ Costipazione

☐ Dolore all'esonero

☐ Emorroidi

☐ Incontinenza anale

☐ Gas

☐ Materiali

## Anamnesi ostetrica

Numero di gravidanze

Data dell'ultima consegna

Peso del bambino

Aumento di peso (madre)

☐ Parto cesareo

☐ Peridurale

☐ Forcipe

☐ Episiotomia

☐ Lacrima

☐ SUI in gravidanza

☐ SUI dopo la gravidanza

## Storia della famiglia

☐ Prolasso

☐ Incontinence Urinaire

## Anamnesi chirurgica / Altro

## Sintomi

☐ Debolezza della vescica ☐ Impériosité ☐ Sciatica ☐ Prolapsus ☐ Dolore al coccige

Altro

## Generale

Allattamento al seno ☐ Sì ☐ No

Ritorno del pannolino ☐ Sì ☐ No

Può mantenere un buffer ☐ Sì ☐ No

Suoni vaginali ☐ Sì ☐ No

## Mictions

### Frequenza

Giorno

Notte

☐ Difficoltà a urinare / Disuria ☐ Spinta addominale ☐ Ritardo di attivazione

☐ Difficoltà a trattenersi ☐ Impériosité

Conclusione del calendario del voiding

## Incontinenza

Data di comparsa

Frequenza

Ritmo/ciclo

### Carattere

☐ Jet

☐ Goccia a goccia

☐ Insensibile

☐ Ritardatario

### Incontinenza

☐ Diurno

☐ Notturno

☐ In corso

### Protezioni

☐ Occasionale

☐ Permanente

### Tipo

☐ Proteggi-slip

☐ Proteggi-slip

☐ Strato

## Sforzo (fasi)

☐ 1 ⇒ ☐ Tosse

☐ Starnuti

☐ 2 ⇒ ☐ Starnuti

☐ Palestra

☐ Danza

☐ 3 ⇒ ☐ Camminare ☐ Cambio di posizione

☐ Relazioni sessuali

☐ Ridere ad al

## Iperattività

### Permanente

☐ Sì

☐ No

### Cause

Stress

Freddo

Rumore di rubinetto

☐ Desiderio ☐ Perdita

☐ Desiderio ☐ Perdita

☐ Desiderio ☐ Perdita



Mani in acqua

☐ Desiderio ☐ Perdita

Chiave nella porta / zerbino

☐ Desiderio ☐ Perdita

## Sessuologia

Vita sessuale ☐ Sì ☐ No ☐ Dispareunia Tipo

☐ Disorgasmia ☐ Anorgasmia ☐ Vaginismo Da

## Ulteriori indagini :

**Esame citobatteriologico, urodinamica, ecografia, risonanza magnetica, EMG, ...**

## Esame clinico

Data

Inizio

Fine

### Globale

Respirazione

☐ Abdominale  
☐ Toracico

☐ Abdominale  
☐ Toracico

Postura

Parete addominale

### Perineale: osservazione

Distanza A.V.

☐ Capacità motorie

☐ Capacità motorie

Aspetto della pelle

Vulva

☐ Aperto ☐ Chiuso

☐ Aperto ☐ Chiuso

Cicatrice

Margine anale

☐ Riflesso della tosse

☐ Riflesso della tosse

☐ Prolasso visibile

☐ Prolasso visibile

### Perineale: Palpatorio

Sensibilità sinistra

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

Sensibilità a destra

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

Riflessi

☐ Anale ☐ Clitoride / anal

☐ Anale ☐ Clitoride / anal

☐ Nucleo tonico del perineo

☐ Nucleo tonico del perineo

☐ Test del perineo desc. positivi

☐ Test del perineo desc. positivi

☐ Ingombro vaginale

☐ Ingombro vaginale

Prolasso (grado)

☐ Cistocele

☐ Cistocele

☐ Uretrocele

☐ Uretrocele

☐ Rettocele

☐ Rettocele

☐ Elitrocele

☐ Elitrocele

☐ Isteroptosi

☐ Isteroptosi

## Funzionale

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrazione iniziale senza istruzioni | <input type="checkbox"/> Contrazione iniziale senza istruzioni |
| <input type="checkbox"/> Contrazione iniziale diretta          | <input type="checkbox"/> Contrazione iniziale diretta          |

### Piano profondo

Fibre toniche	Tempo di mantenimento	<input type="text"/>	Tempo di mantenimento	<input type="text"/>
Fibre di fase	<input type="checkbox"/> Veloce e potente		<input type="checkbox"/> Veloce e potente	
Numero di ripetizioni	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

### Plan Superficiel

Fibre toniche	Tempo di mantenimento	<input type="text"/>	Tempo di mantenimento	<input type="text"/>
Fibre di fase	<input type="checkbox"/> Fibre di fase		<input type="checkbox"/> Fibre di fase	
Numero di ripetizioni	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## Asimmetria

### Sensibilità

Piano profondo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plan superficiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contrazione

Piano profondo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plan superficiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Sincronizzazione

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Test della tosse        | <input type="checkbox"/> Test della tosse        |
| <input type="checkbox"/> Test da sforzo          | <input type="checkbox"/> Test da sforzo          |
| <input type="checkbox"/> Inversione di controllo | <input type="checkbox"/> Inversione di controllo |

Sincinesie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sinergie	<input type="text"/>	<input type="text"/>