

# BILAN ENDOMETRIOSE

Nom

Prénom

Praticien en charge de la rééducation

## Habitudes de vie

Profession

Sport

Boisson

Quantité

## Antécédents obstétricaux

|                       |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Date naissance        | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Poids enfant          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Périmètre crânien     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Prise de poids mère   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Césarienne            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Péridurale            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forceps               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Episiotomie           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déchirure             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IUE pendant grossesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IUE après             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Antécédents médicaux

Taille

Poids

☐ Variation de poids

☐ Thyroïde

☐ Diabète

☐ Bronchite chronique

☐ Allergies

☐ Hypertension

☐ Pacemaker

☐ Infection urinaire

☐ Infection vaginale

Fréquence

Autres maladies / Médicaments / Compléments alimentaires

## Antécédents chirurgicaux / Autres

## Cycle menstruel

Réglée depuis

☐ Conservé

☐ Régulier

☐ Menstruations abondantes

Douleurs à quels moments du cycle

Zone de la douleur

Traitement hormonal

## Symptômes : Douleurs

Zone de la douleur

Type : ☐ Poignard ☐ Coup bleu ☐ Lancement autres :

Quand :

Remarques :

## Symptômes : Sexologie

Vie sexuelle

☐ Oui

☐ Non

☐ Dyspareunie

Type

☐ Dysorgasmie

☐ Anorgasmie

☐ Vaginisme

Depuis

## Symptômes : Urinaires

Fréquence

Jour

Nuit

☐ Difficulté à uriner / Dysurie

☐ Douleurs à la miction

☐ Poussée abdominale

☐ Ressenti besoin

☐ Sensation vessie vide

☐ Difficulté à se retenir

## Symptômes : Incontinence

Type  Fréquence

### Effort (stades)

- ☐ 1 ⇒ ☐ Toux ☐ Eternuement  
☐ 2 ⇒ ☐ Saut ☐ Gym ☐ Danse  
☐ 3 ⇒ ☐ Marche ☐ Changement de position ☐ Rapports Sexuels ☐ Fou rire

### Hyperactivité

Permanente ☐ Oui ☐ Non

|        |                               |                                |                                |
|--------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Causes | Stress                        | <input type="checkbox"/> Envie | <input type="checkbox"/> Fuite |
|        | Froid                         | <input type="checkbox"/> Envie | <input type="checkbox"/> Fuite |
|        | Bruit de robinet              | <input type="checkbox"/> Envie | <input type="checkbox"/> Fuite |
|        | Mains dans l'eau              | <input type="checkbox"/> Envie | <input type="checkbox"/> Fuite |
|        | Clé dans la porte / paillason | <input type="checkbox"/> Envie | <input type="checkbox"/> Fuite |

## Symptômes : Anorectaux

Fréquence des selles  ☐ Constipation ☐ Diarrhée  
☐ Douleurs à l'exonération ☐ Hémorroïdes ☐ Incontinence anale ☐ Urgenturie

## Symptômes : Ortho et autres

☐ Douleurs articulaires Chirurgies ortho

## Symptômes : Abdo et diaphragmatique

Mobilité   
Douleurs   
Remarques

## Investigations complémentaires :

Examen cyto bactériologique, urodynamique, échographie, IRM, EMG, ..

## Examen clinique

Date

Début

Fin

### Global

Respiration

☐ Abdominale  
☐ Thoracique

☐ Abdominale  
☐ Thoracique

Posture



Paroi abdominale



### Périnéal : Observation

Distance A.V.



☐ Motricité

☐ Motricité

Aspect cutané



Vulve

☐ Ouverte ☐ Fermée

☐ Ouverte ☐ Fermée

Cicatrice



Marge anale



☐ Réflexe à a toux  
☐ Prolapsus visible

☐ Réflexe à a toux  
☐ Prolapsus visible

### Périnéal : Palpatoire

Sensibilité gauche

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

Sensibilité droite

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

Réflexes

☐ Anal ☐ Clitorido / anal

☐ Anal ☐ Clitorido / anal

☐ Noyau centr. périnée tonique

☐ Noyau centr. périnée tonique

☐ Test périnée desc. positif

☐ Test périnée desc. positif

☐ Béance vaginale

☐ Béance vaginale

Prolapsus (degré)

☐ Cystocèle

☐ Cystocèle

☐ Urétrocèle

☐ Urétrocèle

☐ Rectocèle

☐ Rectocèle

☐ Elytrocèle

☐ Elytrocèle

☐ Hystéroptose

☐ Hystéroptose

## Fonctionnel

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contraction init. sans consigr | <input type="checkbox"/> Contraction init. sans consigr |
| <input type="checkbox"/> Contraction init. dirigée      | <input type="checkbox"/> Contraction init. dirigée      |

### Plan Profond

Fibres toniques

temps de tenue

temps de tenue

Fibres phasiques

☐ Rapide et puissant

☐ Rapide et puissant

Nombres de répétitions

### Plan Superficiel

Fibres toniques

temps de tenue

temps de tenue

Fibres phasiques

☐ Rapide et puissant

☐ Rapide et puissant

Nombre de répétitions

## Assymétrie

sensibilité

plan profond

plan superficiel

contraction

plan profond

plan superficiel

## Synchronisation

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Test à la toux        |
| <input type="checkbox"/> Test à l'effort       |
| <input type="checkbox"/> Inversion de commande |

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Test à la toux        |
| <input type="checkbox"/> Test à l'effort       |
| <input type="checkbox"/> Inversion de commande |

Syncinésies

Synergies