

CONTROLO UROLÓGICO DOS HOMENS

Nome de família

Nome próprio

Motivo da consulta

Hábitos de vida

Profissão

Desporto

Bebida

Quantidade diária

Historial médico

Tamanho

Peso

☐ Variação de peso

☐ Reabilitação do períneo anterior

Data

Tipo

Cirurgia anterior

Tipo de intervenção

Data

Médico prescriptor

Data

Prescrição

Antecedentes cirúrgicos / Outros

Sintomas

Incontinência urinária

☐ Problemas urinários

Causa desconforto : ☐ Vida profissional

☐ Lazer e vida quotidiana

☐ Grandes fugas

☐ Usar proteção diária

☐ Usar proteção nocturna

Outros

Hábitos de evacuação

Frequência

Dia

Noite



☐ Acordar porque precisa de urinar Outros

☐ Impulsos súbitos não aceites Causa

Comportamento miccional

☐ Sentir necessidade de urinar ☐ Dificuldade em urinar

☐ Pressionar para provocar a micção ☐ Impulso durante a micção

Fluxo urinário ☐ Baixa ☐ Normal ☐ Forte ☐ Dividir ☐ De uma só vez

Qualidade de vida

Avalie o seu desconforto numa escala de 0 (nenhum desconforto, nenhuma deterioração da sua qualidade de vida) a 10 (desconforto muito significativo, deterioração grave da sua qualidade de vida).

Desconforto causado por problemas urinários

Inconvenientes na vida profissional

Embaraço na vida pessoal

Interferência nas actividades de lazer

Avaliação muscular

0 = sem contração

1 = tremor

2 = contração pouco perceptível

3 = contração média, não reproduzível, 3 vezes 1 segundo

4 = contração reproduzível contra a resistência com fatigabilidade

5 = contração forte contra a resistência 5 vezes 6 segundos

	Balanço inicial	Balanço intercalar	Balanço final
Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teste muscular geral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bulboso-canceloso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Restrição uretral voluntária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inversão do controlo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sinergias musculares (abdominais, glúteo máximo, adutores, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conclusão e diagnóstico fisioterapêutico



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incontinência urinária de esforço | <input type="checkbox"/> Instabilidade da bexiga |
| <input type="checkbox"/> Bexiga mista | <input type="checkbox"/> Incontinência por transbordo |
| <input type="checkbox"/> Pollakiúria | <input type="checkbox"/> Disúria |

Qualidade da vida sexual

Avaliação da sua vida sexual antes

Satisfação	
Frequência	

Durante os 6 meses que precedem a operação

A capacidade de conseguir e manter uma ereção	
Dificuldade em manter-se ereto até ao fim da relação sexual	

Uma vez que a operação

Informações sobre os possíveis efeitos secundários na sexualidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Conhecimento do relatório operatório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Satisfação com a gestão da sexualidade pós-operatória	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Problemas encontrados

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ereção insuficiente | <input type="checkbox"/> Sem ereção |
| <input type="checkbox"/> Tratamento difícil de efetuar | <input type="checkbox"/> Nenhum tratamento proposto |
| <input type="checkbox"/> Apoio insuficiente | <input type="checkbox"/> Sem apoio |
| <input type="checkbox"/> Relação com o parceiro | <input type="checkbox"/> Problemas urinários durante o ato sexual |
| <input type="checkbox"/> Sem ejaculação | <input type="checkbox"/> Sem orgasmo |

Tratamento proposto

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamento por via oral: Viagra, Cialis. | <input type="checkbox"/> Injeção intra-cavernosa |
| <input type="checkbox"/> Vácuo | <input type="checkbox"/> Creme intra-uretral |
- O tratamento é satisfatório? ☐ Sim ☐ Não

Como classificaria a qualidade da sua vida sexual (0 sem vida sexual,10 satisfatória)?

Antes da operação	
Hoje	

