

# CHEQUEO UROLÓGICO MASCULINO

Apellido

Nombre

Motivo de la consulta

## Hábitos de vida

Profesión

Deporte

Bebida

Cantidad por día

## Historial médico

Talla

Peso

☐ Variación del peso

Fecha

Tipo

## Cirugía previa

Tipo de intervención

Fecha

Médico prescriptor

Fecha

Prescripción

## Antecedentes quirúrgicos / Otros

## Síntomas

### Incontinencia urinaria

☐ Debilidad vesical Condiciones

Provoca malestar : ☐ Vida profesional

☐ Ocio y vida cotidiana

☐ Fugas importantes ☐ Llevar protección diaria

☐ Llevar protección nocturna

Otros

## Hábitos miccionales

Frecuencia Día

Noche

☐ Despertarse porque necesita orinar Otro

☐ No se aceptan los impulsos repentinos Causa

## Comportamiento miccional

☐ Sensación de necesidad de orinar

☐ Dificultad para orinar

☐ Empujar para provocar la micción

☐ Empuje durante la micción

Jet urinaire ☐ Bajo ☐ Normal ☐ Fuerte

☐ Dividir

☐ De una sola vez

## Calidad de vida

Evalúe sus molestias en una escala de 0 (ninguna molestia, ningún deterioro de su calidad de vida) a 10 (molestias muy importantes, deterioro grave de su calidad de vida).

Molestias debidas a problemas urinarios

Inconvenientes en la vida profesional

Vergüenza en la vida personal

Interferencia con las actividades de ocio

## Evaluación muscular

0 = sin contracción

1 = temblor

2 = contracción apenas perceptible

3 = contracción media no reproducible 3 veces 1 segundo

4 = contracción reproducible contra resistencia con fatigabilidad

5 = contracción potente contra resistencia 5 veces 6 segundos

	Balance inicial	Balance provisional	Balance final
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prueba muscular global	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bulboso-caneloso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retención uretral voluntaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inversión del control	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sinergias musculares (abdominales, glúteo mayor, aductores, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Conclusión y diagnóstico fisioterapéutico

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria de esfuerzo | <input type="checkbox"/> Inestabilidad vesical          |
| <input type="checkbox"/> Vejiga mixta                       | <input type="checkbox"/> Incontinencia por rebosamiento |
| <input type="checkbox"/> Pollakiurie                        | <input type="checkbox"/> Disuria                        |

## Calidad de vida sexual

Evaluación de su vida sexual antes de

Satisfacción	
Frecuencia	

Durante los 6 meses anteriores a la operación

La capacidad de lograr y mantener una erección	
Dificultad para mantener la erección hasta el final del coito	

Dado que la operación

Información sobre posibles efectos secundarios en la sexualidad ☐ Sí ☐ No

Conocimiento del informe operativo ☐ Sí ☐ No

Satisfacción con la gestión de la sexualidad postoperatoria ☐ Sí ☐ No

Problemas encontrados

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erección insuficiente                | <input type="checkbox"/> Sin erección                            |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento difícil de llevar a cabo | <input type="checkbox"/> No se propone tratamiento               |
| <input type="checkbox"/> Apoyo insuficiente                   | <input type="checkbox"/> Ninguna ayuda                           |
| <input type="checkbox"/> Relación con el socio                | <input type="checkbox"/> Debilidad de la vejiga durante el coito |
| <input type="checkbox"/> Sin eyaculación                      | <input type="checkbox"/> Sin orgasmo                             |

Tratamiento propuesto

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento per-os: Viagra, Cialis... | <input type="checkbox"/> Inyección intracavernosa |
| <input type="checkbox"/> Vacío                                 | <input type="checkbox"/> Crema intrauretral       |

¿Es satisfactorio el tratamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo calificaría la calidad de su vida sexual (0 sin vida sexual, .....10 satisfactoria)?

Antes de la operación

Hoy

