

BADANIE UROLOGICZNE MĘŻCZYZN

Nazwa rodziny

Imię

Powód konsultacji

Nawyki związane ze stylem życia

Zawód

Sport

Napój

Dzienna ilość

Historia medyczna

Rozmiar

Waga

☐ Zmiana wagi

☐ Rehabilitacja przedniej części krocza

Data

Typ

Poprzednia operacja

Rodzaj interwencji

Data

Lekarz wystawiający receptę

Data

Recepta

Historia zabiegów chirurgicznych / Inne

Objawy

Nietrzymanie moczu

☐ Osłabienie pęcherza moczowego

Warunki

Powoduje dyskomfort: ☐ Życie zawodowe

☐ Czas wolny i życie codz

☐ Poważne wycieki

☐ Noszenie codziennej ochrony

☐ Noszenie ochrony nocnej

Inne

Nawyki związane z oddawaniem moczu

Częstotliwość

Dzień

Noc

☐ Budzenie się z powodu konieczności oddania moczu

Autre



☐ Nagłe pragnienia nie są akceptowane Przyczyna

Zachowanie podczas oddawania moczu

☐ Uczucie potrzeby oddania moczu ☐ Trudności z oddawaniem mo

☐ Popychanie w celu oddania moczu ☐ Parcie podczas mikcji

Strumień moczu ☐ Niski ☐ Normalny ☐ Fort ☐ Podział ☐ Za jednym zamach

Jakość życia

Oceń swój dyskomfort w skali od 0 (brak dyskomfortu, brak pogorszenia jakości życia) do 10 (bardzo duży dyskomfort, poważne pogorszenie jakości życia).

Dyskomfort spowodowany problemami z układem moczowym

Niedogodności w życiu zawodowym

Zakłopotanie w życiu osobistym

Zakłócanie aktywności w czasie wolnym

Ocena mięśni

0 = brak skurczu

1 = drżenie

2 = ledwo wyczuwalny skurcz

3 = niereprodukowalny średni skurcz 3 razy na 1 sekundę

4 = powtarzalny skurcz przeciwko oporowi ze zmęczeniem

5 = silny skurcz z oporem 5 razy po 6 sekund

	Bilans początkowy	Bilans śródroczny	Bilans końcowy
Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ogólny test mięśni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bulwiasto-komórkowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dobrowolne unieruchomienie cewki moczowej	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Odwrócenie sterowania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Synergia mięśni (mięśnie brzucha, pośladki maksymalne, przywodziciele itp.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wnioski i diagnoza fizjoterapeutyczna

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wysiłkowe nietrzymanie moczu | <input type="checkbox"/> Niestabilność pęcherza moczowego |
| <input type="checkbox"/> Pęcherz mieszany | <input type="checkbox"/> Nietrzymanie moczu z przepełnienia |
| <input type="checkbox"/> Pollakiurie | <input type="checkbox"/> Dysuria |

Jakość życia seksualnego

Ocena życia seksualnego przed

Zadowolenie

Częstotliwość

W ciągu 6 miesięcy poprzedzających operację

Zdolność do osiągnięcia i utrzymania erekcji

Trudności z utrzymaniem erekcji do końca stosunku

Ponieważ operacja

Informacje o możliwych skutkach ubocznych dla seksualności

☐ Tak ☐ Nie

Znajomość raportu operacyjnego

☐ Tak ☐ Nie

Zadowolenie z zarządzania seksualnością pooperacyjną

☐ Tak ☐ Nie

Napotkane problemy

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niewystarczająca erekcja | <input type="checkbox"/> Brak erekcji |
| <input type="checkbox"/> Traitement difficile à réaliser | <input type="checkbox"/> Nie zaproponowano żadnego leczenia |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement insuffisant | <input type="checkbox"/> Brak wsparcia |
| <input type="checkbox"/> Relacje z partnerem | <input type="checkbox"/> Osłabienie pęcherza podczas stosunku |
| <input type="checkbox"/> Brak wytrysku | <input type="checkbox"/> Brak orgazmu |

Proponowane leczenie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leczenie per-os: Viagra, Cialis... | <input type="checkbox"/> Wstrzyknięcie do ciała jamistego |
| <input type="checkbox"/> Próżnia | <input type="checkbox"/> Krem do cewki moczowej |

Le traitement est il satisfaisant ☐ Oui ☐ Non

Jak oceniasz jakość swojego życia seksualnego (0 brak życia seksualnego,10 zadowalająca)?

Przed operacją

Dzisiaj

