



GIAPP

GRUPPO INTERDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

MASTER PAVIMENTO PELVICO

CARTELLA CLINICA PER IL RIPRISTINO DELLA FISIOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

Paziente: _____

Seguito dal/dalla Dott./Dott.ssa _____

Terapia prescritta da

- urologo
- ginecologo
- proctologo
- altro: _____

Inizio trattamento in data ___/___/___

ANAMNESI

Nome _____

Cognome _____

Sesso: M F

Data e luogo di nascita: _____

Residente in: _____

CF: _____

Stato civile: Nubile/Celibe Sposato/a Coppia di fatto

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

Peso: ___kg Altezza ___m ___cm

Occupazione: _____

Attività sportiva svolta: _____

Anamnesi familiare:

Interventi chirurgici pregressi:

Terapie farmacologiche in atto: _____

Alimentazione: _____

Fumo: Sì No

Allergie note: _____

La paziente riferisce:

- diabete
- gravidanza
- epatite A
- epatite B
- epatite C
- HIV

- neoplasie (attuali o pregresse)
- peacemaker

DIAGNOSI PRINCIPALE: _____

Patologie associate: _____

VALUTAZIONE INIZIALE:

Parità: No Sì (se sì numero gravidanze: _____)

Peso figlio/figli alla nascita

1. _____

2. _____

3. _____

Tipologia di parto: _____

Anno ultima gravidanza: _____

Dispareunia: No Sì

se presente dispareunia specificare quando:

- presente sin dall'inizio dell'attività sessuale
- presente al termine dell'attività sessuale
- insorta dopo un periodo di normalità
- indipendente da situazione e partner
- dipendente da situazione e partner

Disturbi del desiderio sessuale: No Sì

Disturbi dell'eccitazione sessuale: No Sì

Disturbi dell'orgasmo: No Sì

Ciclo mestruale: (data ultimo mestruo ___/___/___)

- regolari
- non regolari
- dolorose
- non dolorose

Menopausa: _____

Fughe di urina in menopausa: No Sì

Incontinenza anale in menopausa: No Sì

Terapia ormonale sostitutiva: No Sì

MINZIONE

note:

Litri di acqua assunti in 24h: _____

Assume: caffè tè bevande energizzanti, quante volte al dì _____

Numero di minzioni al giorno >6 =6 <6

Tipo di mitto:

- forte
- debole
- deviato a dx
- deviato a sn

Ematuria: No Sì

Stranguria: No Sì

Le capita mai di provare la sensazione di avere urgenza alla minzione? No Sì

Riesce a controllare lo stimolo, posticipandolo? No Sì, senza perdite Sì con perdite

Le è mai capitato di perdere urina? No Sì

Ha coscienza delle fughe? No Sì

Se sì, da quanto tempo? _____

Se sì, in che occasione avverte le fughe?

- camminare
- sollevando pesi
- nei cambi posturali (ex: passaggio alla posizione eretta)
- tosse/starnuto/risata
- altro: _____

L'evento ha avuto esordio dopo:

- gravidanza
- parto
- menopausa
- intervento chirurgico
- stress
- altro: _____

Durante la notte si sveglia per andare in bagno? No Sì Se sì quante volte? _____

Ha mai un senso di incompleto svuotamento postminzionale? No Sì

Delle volte ha un senso di peso al quadrante inferiore addominale? No Sì

Soffre di infezioni ricorrenti alle vie urinarie? No Sì

Soffre di infezioni ricorrenti post coitali? No Sì

PAD TEST -INCONTINENZA URINARIA

Istruzioni
Riempimento vescicale: bere ½ l d'acqua 15 min prima Esercizi: (la sequenza non influenza la positività del test) - camminare e salire gradini per 30 min - alzarsi in piedi 10 volte - tossire 10volte - leggera corsa per 1 min - chinarsi per 5 volte - lavarsi le mani per 1 min
Esito:

ALVO

note:

Turbe dell'alvo:

- no
- stipsi
- diarrea
- alvo alternante
- incontinenza feci/gas
- soling
- encopresi
- emorroidi
- ragadi
- marische

Tenesmo rettale: No Sì

TEST WEXNER-INCONTINENZA FECALE

Tipo Incontinenza	Mai (0 episodi)	Raramente (<1/mese)	Qualche Volta (<1/settimana >1/mese)	Spesso (<1/giorno >1/settimana)	Sempre (>1/gior no)
<i>Feci Solide</i>	0	1	2	3	4
<i>Feci Liquide</i>	0	1	2	3	4
<i>Aria dall'ano</i>	0	1	2	3	4

<i>Indossa un pannolone</i>	0	1	2	3	4
<i>Alterazione dello stile di vita</i>	0	1	2	3	4
N.B. -0 Perfetta continenza, -20 Totale incontinenza					Tot.

TEST ODS Score- ostruita defecazione

Variabili	0	1	2	3	4
<i>Tempo necessario per evacuare</i>	<5 minuti	6-10 minuti	11-20 minuti	21-30 minuti	>30 minuti
<i>Numero tentativi per defecare</i>	1	2	3-4	5-6	>6
<i>Consistenza feci</i>	Morbide	Dure	Dure e in quantità ridotta	Fecaloma	

Variabili	Mai	<1 settimana >1 mese	1 settimana	2-3 settimana	Ogni defecazione
<i>Manovre Digitali</i>	0	1	2	3	4
<i>Uso di Lassativi</i>	0	1	2	3	4
<i>Uso di Clistere</i>	0	1	2	3	4
<i>Senso di incompleto svuotamento</i>	0	1	2	3	4
<i>Dolore alla defecazione</i>	0	1	2	3	4

Totale: _____

TEST SCALA DELLE FECI DI BRISTOL

- 1 feci caprine dure (o fecalomi)
- 2 feci formate dure
- 3 feci formate con superficie crepata
- 4 feci formate morbide
- 5 feci caprine morbide
- 6 feci semiliquide e/o mucose
- 7 feci liquide

Urgenza defecatoria:

No Sì

Se ha incontinenza anale, ha coscienza dello stimolo defecatorio?

No Sì

Se ha coscienza dello stimolo, prova a controllarlo?

No Sì Sì, con fughe

Se ha incontinenza anale, da quanto tempo? _____

Se sì, in che occasione avverte le fughe? _____

L'evento ha avuto esordio dopo:

- gravidanza
- parto
- menopausa
- intervento chirurgico
- stress

Familiarità alle neoplasie al Colon? No Sì
Colon irritabile? No Sì

ESAME VISIVO

Beanza: _____

Trofismo muscolare (grado 0-3):* _____

Presenza cicatrice: No Sì

Se presente, qualità cicatrice:

- normale
- siastasata
- sclerosata
- non ben cicatrizzata
- infetta

Dermatosi: No Sì

Eritema vestibolare/vaginale: No Sì

Distanza ano-vulvare: _____cm

Stato nucleo fibroso centrale (0-3):* _____

Stato trofismo sfintere anale esterno: _____

Stato margini anali esterni:

- buono
- prolasso rettale esteriorizzato
- emorroidi

Ragadi: No Sì

Marische: No Sì

Ipermotilità uretrale: No Sì

Prolasso organi pelvici (Halfway System Classification): No Sì

Se sì, grado: _____

- spontaneo

- sottosforzo

Se sì, distretto:

- rettocele
- enterocele
- colpocele posteriore
- isterocele
- cistocele
- uretrocele
- colpocele anteriore

Se presente prolasso genitale, esordio:

- gravidanza
- parto
- menopausa
- intervento chirurgico
- altro

Familiarità per prolasso organi pelvici:

No Sì

Uso del pessario:

No Sì

Anomalie anatomiche:

Palpazione addominale:

Stress test: Positivo Negativo

Esame neurologico locale:

- Sensibilità: _____
- Riflesso clitorideo anale: _____
- Riflesso anale alla tosse: _____

Valutazione della forza muscolare Elevatore dell'ano (0-3):*

dx: _____

sn: _____

*

- 0. nessuna contrazione
- 1. contrazione appena accennata
- 2. contrazione moderata
- 3. contrazione fisiologica

PC TEST

<i>Forza fasica:</i>	nessuna	accennata	moderata	fisiologica	
<i>Endurance:</i>	1sec-accennata	2sec-debole	3sec-valida	4sec-buona	5sec-fisiologica
<i>Affaticabilità:</i>	numero massimo ripetizioni con massima contrazione _____				

Inversione del comando perineale: No Sì

Presenza di sinergie muscolari: _____

Utilizzo presidi: _____

SWAB TEST: localizzazione _____

Dolore VAS (0-10): _____

sede _____

da quanto tempo _____

VALUAZIONE OSTETRICA

Anamnesi ostetrica:

Età menarca: _____

Contraccettivi: _____

Portatrice IUD: _____ No Sì

Patologie _____ ginecologiche _____ da _____ riferire: _____

Parto in analgesia: _____

Durata del periodo espulsivo: _____

Applicazione forcipe: _____ No Sì

Applicazione ventosa: _____ No Sì

Manovra di Kristeller: _____ No Sì

Distocia di spalla: _____ No Sì

Parto cesareo: _____ No Sì

Episiotomia:

- sì
- no, con assenza di lacerazione perineale
- no, con presenza di lacerazione perineale di grado I II III IV

Fughe di urina in gravidanza: _____ No Sì

Incontinenza anale in gravidanza: _____ No Sì

Attività sessuale con dispareunia dal parto: _____

Esami ginecologici/urologici che la paziente porta in visione eseguiti da almeno 3 mesi:

– Pap-test: _____

– Tampone vaginale: _____

– Altro: _____

Tipologia del bacino

- Ginecoide

- Platipelloide
- Androide
- Antropoide

Proposta Rieducativa:

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

Anamnesi infermieristica:

Diagnosi infermieristica principale

Caratteristiche definenti

Fattori correlati

Accertamento mirato (dati soggettivi ed oggettivi)

Diagnosi infermieristiche associate alla diagnosi infermieristica principale

Proposta rieducativa e obiettivi infermieristici (NOC)

Se presente caratteristiche dell'incontinenza urinaria o fecale: _____

Proposta Rieducativa:

VALUTAZIONE FINALE

Test in uscita:

Test	Entrata	Uscita
<i>Pad Test</i>		
<i>Test Wexner</i>		
<i>Test ODS</i>		
<i>Scala delle feci di Bristol</i>		
<i>Trofismo muscolare</i>		
<i>Prolasso genitale (H.S.C.)</i>		
<i>Stress Test</i>		
<i>Esame neurologico locale sensibilità riflesso clitorideo-anoale riflesso anale alla tosse</i>		
<i>Barthel Index</i>		
<i>SWAB Test</i>		
VAS		

Consenso informato:

La sottoscritta _____

DICHIARA:

- di aver ricevuto, dopo primo contatto e visita ambulatoriale, dal terapeuta informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento di rieducazione del pavimento pelvico;
- di essere consapevole che senza la sua giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati dal terapeuta, la terapia potrebbe non produrre gli effetti desiderati;
- di accettare il trattamento proposto in pieno libertà con la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

Pertanto, dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento.

Data:

Firma paziente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
(art. 23 Decreto Legislativo 196/2003)

La sottoscritta _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ C.A.P. _____

Esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data:

Firma paziente

--	--	--	--	--	--

PRESENZE:

SEDUTA	DATA TERAPIA	FIRMA DEL PAZIENTE
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
7°		
8°		
9°		
10°		