

## AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UROLOGIA

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Naturalidade:

Sexo:

Data de nascimento:

Raça:

Orientação sexual:

Estado Civil:

Grau de instrução:

Profissão:

Ocupação:

Telefones:

Endereço:

Renda familiar/ Salários mínimos:

### 2. EXAME CLÍNICO

Peso: Kg

Altura: m

IMC:  Bp (<18.5)  N (18.5-24.9)  S (25-29.5)  O (<30)

PA: x mmHg

FC: bpm

f: irpm

SpO<sub>2</sub>: %

### 3. HISTÓRIA CLÍNICA

Pré Operatório  Pós Operatório  Outro:

Médico:

Encaminhado por:

Diagnóstico ou Hipótese diagnóstica:

Queixa principal/duração:

HMA:

Antecedentes pessoais patológicos (HMP)

HAS  DM  Obesidade  Cardiopatia  Câncer  
 Desordens psicológicas  Pneumopatias  Outros:

Antecedentes cirúrgicos:

Antecedentes neurológicos:

Antecedentes familiares:

Medicamentos em uso (Dose/ Freq. / Horário):

### 4. SINTOMAS URINÁRIOS

Fase de enchimento

Urgência  Enurese  Noctúria  Polaciúria  IUU  IUE  IUM

Fase de esvaziamento

Hesitação  Esforço miccional  Interrupção  Jato fraco  Disúria  
 Gotejamento pós miccional  Sensibilidade  ITU  
 Outros

#### 4.1 Perdas

Tosse  Espirro  Agachar  Erguer peso  Caminhando  Mudança de posição  
 Perdas ao contato com a água  Aumento das perdas em período menstrual  
 Outras circunstâncias

Qualidade da perda de urina:  Em gotas  Em jato  Contínua

Quando iniciaram os sintomas?

Quanto tempo demorou a procurar ajuda médica? Houve mais de um motivo?

Desde que começaram os sintomas o seu estado:  Está igual  Melhorou  Piorou

Quantas vezes urina durante o dia? Quantas vezes urina durante a noite?  Não sabe

Proteção:  Absorvente  Fraldas  Forro  Outros: Nº de trocas/dia:

#### 5. FUNÇÃO INTESTINAL

Normal  Constipação  Digitalização  Hemorroidas  Incontinência

Frequência evacuatória:  Diária  X ao dia  X por semana

Necessita de alguma manobra especial para evacuar?/Qual?

Utiliza medicamento para evacuar?/Qual (s)?

Cirurgia coloretal?

#### 6. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: anos  Menopausa: anos  TRH: anos  DUM: / /

G/P/A: Partos:  Vaginais  Cesárea  Episiotomia  Outros:

Complicações puerperais:  Infecções  Incontinência  DIP (Dç Inf Pélvica)

Complicações ginecológicas:  Sim  Não Quantas? Descrição:

DST's:

Corrimentos vaginais com frequência?

Miomatose  Cisto ovariano  Contraceção/Tipo:

#### 7. HISTÓRIA SEXUAL

Ativa / Tempo  Inativa / Tempo:  Virgem

Desejo Sexual: Excitação: Orgasmo: Dispareunia:

Incontinência na relação sexual:  perda de urina  perda de flatos/Quando?

Sente desejo de urinar durante a relação sexual?

Urina antes da relação sexual por medo da perda urinária?

Sua atividade sexual ficou prejudicada com a perda de urina?

Suporte emocional?

Seu(sua) parceiro(a) tem conhecimento do problema?

Apoia o tratamento?

Estado emocional?

#### 8. HÁBITOS DE VIDA

Tabagista – Quantos cigarros por dia?

Etilista – Bebe com que frequência?

Exercício físico regular – Qual?

Restrição dietética – Qual?

Uso de:  Café  Chá preto  Bebidas carbonadas

Comidas apimentadas  Chocolates  Frutas cítricas

Restrição de líquidos?

#### 9. EXAMES COMPLEMENTARES – DATA/ NOME DO EXAME/ LAUDO/ ANEXOS:

#### 10. INSPEÇÃO

##### 10.1 Abdominal

Estado da pele:

Cicatrizes/aderências: Estrias:

Zona de impacto fecal:

Zonas dolorosas:

Hérnias:

Tônus:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Diástase do reto abdominal:  Não  Sim – Cm:

**10.2 Assoalho Pélvico**

Cicatrizes:

Trofismo genital: Trofismo MMII:

Abertura Vulvo-genital:  0  O+  O++  O+++

Contração voluntária dos MAP:  Sim  Não

Apneia

Manobra de valsava

Deslocamento da cúpula CP :  Contração EAE  Contração à tosse

Uso de coletor?  Sim  Não Aspecto da Urina:

**10.3 Avaliação postural**

**10.4 Palpação**

Tônus do corpo perineal:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Tônus EAE:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Tônus MMII:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Força Muscular MAP/Superficiais (AFA): /  Normal  
/  Hipotônico  
/  Hipertônico

PERFECT / / /

Coordenação:  Ausente  Presente Sensibilidade:  Não  Sim – Local:

Simetria  Assimetria – predominância:  D ou  E

Observações:

**11. OBJETIVOS (CURTO/MÉDIO/LONGO PRAZO)**

**12. CONDUTA (CURTO/MÉDIO/LONGO PRAZO)**

\_\_\_\_\_  
Estagiário (a)

\_\_\_\_\_  
Supervisor (a) Responsável