

Fase de esvaziamento

- Hesitação Esforço miccional Interrupção Jato fraco Disúria
 Gotejamento pós miccional ITU Esvaziamento Incompleto Retenção urinária
 Outros:
 Sem queixas urinárias

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 Fecal Incontinência Anal

Frequência evacuatória: Diária X ao dia X por semana

Escala de Bristol: 1 2 3 4 5 6 7

Necessita de alguma manobra especial para evacuar?/Qual?

Utiliza medicamento para evacuar?/Qual (s)?

Cirurgia coloretal?

6. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: anos DUM: / / Menopausa: anos TRH: anos
 Contracepção/Tipo:

G/P/A: Partos: Vaginais Episiotomia Cesárea ____ Outros:
 Laceração Grau: ____ Forceps Indicação:

Complicações puerperais: Infecções IU IF Outro: DIP (Dç Inf Pélvica)

Complicações ginecológicas: Sim Não Descrição:

IST's:

Corrimentos vaginais com frequência?

Miomatose Cisto ovariano Endometriose DPC

7. HISTÓRIA SEXUAL

Ativo / Tempo: Inativo / Tempo: Virgem

Desejo Sexual: Excitação: Orgasmo:

Dispareunia Vaginismo Vulvodínea DE EP Fimose Outro:

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 (Cafeína) Chá (Teína) Bebidas carbonadas Alcool
 Comidas apimentadas Chocolates Frutas cítricas Açúcar

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:

Diástase MRA: Não Sim Extensão Total(cm):

Região	Comprimento	Rasa/Média/Profunda
Supra-umbilical		
Umbilical		
Infra-Umbilical		

Tônus Abdominal

 Normal Hipotônico Hipertônico

Tônus Diafragma

 Normal Hipotônico Hipertônico

Tônus Ilíaco

 Normal Hipotônico Hipertônico**10.2 Assoalho Pélvico**

Cicatrizes:

Trofismo genital:

Trofismo MMII:

Abertura Vulvo-genital: 0 O+ O++ O+++Contração voluntária dos MAP: Sim Não

Faz Apneia na contração

Faz Manobra de valsava

 Deslocamento caudal cranial Contração EAE Co-contração:Uso de coletor? Sim Não

Aspecto da Urina:

10.3 Avaliação Dermatômica (Sensitiva)

Avaliação	Posterior coxa		Anterior coxa		Nádega		Adutor		Lábios maiores		Monte de Vênus	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
1ª avaliação Data:												
2ª avaliação Data:												
3ª avaliação Data:												

10.4 Avaliação de Dor Geral EVA

Indique o nível de sua dor na escala abaixo, em que zero (0) significa “sem dor” e dez (10) significa “a maior dor possível.

1ª avaliação Data: / / 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2ª avaliação Data: / / 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3ª avaliação Data: / / 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pontos dolorosos

Anote as regiões dolorosas usando a EVA



10.5 Reflexos

() Clitoridiano () Bulbocavernoso () Cremastérico () Cutâneo Anal () Tosse () Estiramento (intracavitário)

Legenda: (H) Hipertônico (N) Normal (h) Hipotônico (A) Ausente

10.6 Atividade Voluntária do MAP

1ª avaliação Data: / /

Pressão	Relaxamento	Endurance (t que mantém a contração)	Potência (nº contrações)
Forte	Completo	>10	>15
Normal	Incompleto	9 a 7s	14 a 11
Fraco	Parcial	6 a 4 s	10 a 6
Esboço	Ausente	3 a 1 s	5 a 1
Ausente		Zero	Zero

2ª avaliação Data: / /

Pressão	Relaxamento	Endurance (t que mantém a contração)	Potência (nº contrações)
Forte	Completo	>10	>15
Normal	Incompleto	9 a 7s	14 a 11
Fraco	Parcial	6 a 4 s	10 a 6
Esboço	Ausente	3 a 1 s	5 a 1
Ausente		Zero	Zero

3ª avaliação Data: / /

Pressão	Relaxamento	Potência (nº contrações)	Endurance (t que mantém a contração)
Forte	Completo	>15	>10
Normal	Incompleto	14 a 11	9 a 7s
Fraco	Parcial	10 a 6	6 a 4 s
Esboço	Ausente	5 a 1	3 a 1 s
Ausente		Zero	Zero

10.7 AVALIAÇÃO POSTURAL**11. OBJETIVOS (CURTO/MÉDIO/LONGO PRAZO)****12. CONDUTA (CURTO/MÉDIO/LONGO PRAZO)**

Estagiário (a)

Supervisor (a) Responsável

I. ANEXOS

I.I ESCALA DE BRISTOL

TIPO 1 Caroços duros separados, como nozes.		1 – Pedacos separados, duros como amendoim
TIPO 2 Na forma de salsicha mas com caroços.		2 – Forma de salsicha, mas segmentada
TIPO 3 Na forma de salsicha ou cobra mas com rachas na superficie.		3 - Forma de salsicha, mas com fendas na superficie
TIPO 4 Como uma salsicha ou cobra, regular e macio.		4 – Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole
TIPO 5 Caroços moles, com cantos bem demarcados.		5 – Pedacos moles, mas com contorno nitidos
TIPO 6 Caroços moles com cantos rasgados.		6 – Pedacos aerados, contornos esgarçados
TIPO 7 Totalmente líquido.		7 – Aquosa, sem peças sólidas

I.II DERMÁTOMOS

