



Scheda di valutazione dolore del pavimento pelvico

La seguente scheda di valutazione vuole supportare lo specialista per una valutazione iniziale del paziente e non è intesa come uno strumento diagnostico.

Informazioni di contatto

Nome: _____ Cognome: _____ Data di nascita: _____
 Tel. _____ Mail: _____ Residenza/Domicilio: Via _____
 n: _____ Comune _____ Medico di famiglia: _____

Informazioni sul dolore

- 1) Descriva il Suo dolore: _____
- 2) C'è un evento che associa alla causa del Suo dolore? (se sì quale) _____
- 3) Se si siede su un sedile comodo il dolore diminuisce? ☐ Sì ☐ No
- 4) Per ognuno dei sintomi sotto riportati, indichi il livello di dolore provato nell'ultimo mese (0= nessun dolore, 10= massimo dolore)

Come valuta il suo dolore?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore a metà dell'ovulazione											
Dolore appena prima del ciclo											
Dolore (non crampiforme) prima del ciclo											
Dolore profondo durante i rapporti sessuali											
Dolore all'inguine durante il sollevamento											
Dolore pelvico ore o giorni dopo un rapporto sessuale											
Dolore quando la vescica è piena											
Dolori muscolari/articolari											
Livelli di crampi durante il ciclo											
Dolore a ciclo finito											
Brucciore con dolore vaginale dopo rapporti sessuali											
Dolore durante la minzione											
Mal di schiena											
Emicrania											
Dolore in posizione seduta											

Trattamenti precedenti

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Agopuntura | ☐ Medico di famiglia | ☐ Terapia fisica |
| ☐ Anestesista | ☐ Medicinali alle erbe | ☐ Psicoterapia |
| ☐ Farmaci antiepilettici | ☐ Medicine omeopatiche | ☐ Psicologo |
| ☐ Antidepressivi | ☐ Lupron, Synarel, Zolade | ☐ Reumatologo |
| ☐ Biofeedback | ☐ Massaggi | ☐ Magnetoterapia per la pelle |
| ☐ Iniezioni di botulino | ☐ Meditazione | ☐ Chirurgia |
| ☐ Danazol (Danocrine) | ☐ Narcotici | ☐ TENS |
| ☐ Gastroenterologo | ☐ Farmaci neuropatici | ☐ Trigger point |
| ☐ Ginecologo | ☐ Blocchi nervosi | ☐ Altro |
| ☐ Neurochirurgia | | |
| ☐ Urologo | | |

Elenchi i farmaci che ha assunto **negli ultimi 6 mesi** a causa del dolore provocato dalla Sua condizione e chi li ha prescritti:

Farmaco e dosaggio	Prescrittore	Efficacia		
		SI	NO	LO STO PRENDENDO
		SI	NO	LO STO PRENDENDO
		SI	NO	LO STO PRENDENDO
		SI	NO	LO STO PRENDENDO
		SI	NO	LO STO PRENDENDO
		SI	NO	LO STO PRENDENDO

- Quante gravidanze ha avuto? _____
- Di queste, a termine _____, premature _____, aborti _____
- Parti vaginali? ☐ Si ☐ No se si quanti? _____ Parti cesarei? ☐ Si ☐ No se si quanti? _____
- Ha avuto complicazioni durante la gravidanza, il travaglio, il parto o il post parto? _____
- A quanti anni ha avuto la prima mestruazione? _____
- Ha ancora il ciclo mestruale? ☐ Si ☐ No
- Il Suo ciclo è regolare? ☐ Si ☐ No
- Metodi anticoncezionali ☐ Si ☐ No se Si quali? _____

Storia medica

- Allergie (inclusa l'allergia al lattice) _____
- É mai stato ricoverato per cause ad eccezione del parto? ☐ Si ☐ No se Si, quale è stata la causa? _____
- Ha mai avuto incidenti gravi come cadute o lesioni alla schiena? ☐ Si ☐ No
- Ha mai avuto interventi chirurgici? ☐ Si ☐ No se Si quali? _____
- Qualcuno nella Sua famiglia ha mai avuto una delle seguenti condizioni?

☐ Fibromialgia

☐ Endometriosi

☐ Dolore pelvico cronico

☐ Sindrome dell'intestino irritabile

☐ Depressione

☐ Cisti interstiziali

☐ Cancro _____

☐ Altre condizioni croniche _____
- Ha mai avuto disturbi alimentari come anoressia o bulimia? ☐ Si ☐ No
- Soffre di sanguinamenti anali o sangue nelle feci? ☐ Si ☐ No
- Perdita di urina tossendo, starnutendo, o ridendo ☐ Si ☐ No
- Perdita di urina da urgenza ☐ Si ☐ No
- Difficoltà a urinare ☐ Si ☐ No
- Frequenti infezioni vescicali ☐ Si ☐ No

- Sangue nelle urine ☐ Si ☐ No
- Sensazione di vescica piena dopo la minzione ☐ Si ☐ No
- Dover svuotare la vescia ancora, dopo la minzione ☐ Si ☐ No
- Stitichezza ☐ Si ☐ No
- Dissenteria cronica ☐ Si ☐ No

Altro

- Esercizio fisico ☐ Raramente ☐ 1-2 volte a settimana ☐ 3-5 volte a settimana ☐ Giornalmente
- Fumo ☐ Si ☐ No
- Alcool ☐ Si ☐ No
- Altre sostanze ☐ Si ☐ No
- E' mai stata vittima di abusi emotivi (Questo può includere l'essere umiliati o insultati) e/o abusi sessuali? ☐ Si ☐ No ☐ Non voglio rispondere
- Come descrive la sua dieta? ☐ Bilanciata ☐ Vegana ☐ Vegetariana ☐ Cibi fritti ☐ Altro
- Cosa fa **migliorare** il Suo dolore?

☐ Meditazione	☐ Rilassarsi	☐ Sdraiarsi	☐ Musica
☐ Massaggi	☐ Ghiaccio	☐ Caldo	☐ Bagno caldo
☐ Antidolorifici	☐ Lassativi/Clisteri	☐ Iniezioni	☐ TENS
☐ Movimenti intestinali	☐ Svuotare la vescica	☐ Niente	
☐ Altro _____			
- Cosa fa **peggiore** il Suo dolore?

☐ Rapporti sessuali	☐ Orgasmo	☐ Stress	☐ Pasto completo
☐ Movimenti intestinali	☐ Vescica piena	☐ Minzione	☐ Stare in piedi
☐ Camminare/Esercizio	☐ Ora del giorno	☐ Tempo atmosferico	
☐ Tossire/Starnutare	☐ Niente	☐ Contatto con i vestiti	
☐ Altro _____			
- Di tutti i problemi o stress della Sua vita, **che importanza ha il Suo dolore?**

☐ Il più importante	☐ Solo uno dei miei problemi
--	---

Data _____

Firma della paziente _____

Da inviare via mail all'indirizzo dolorecronico@asst-val.it