



## SCHEDA DI VALUTAZIONE FUNZIONALE FISIOTERAPICA

### DATI PERSONALI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

.....  
paziente che arriva presso lo studio su consiglio di \_\_\_\_\_

Medico di riferimento \_\_\_\_\_

diagnosi o sospetto diagnostico \_\_\_\_\_

sintomi riferiti \_\_\_\_\_

anamnesi remota \_\_\_\_\_

anamnesi prossima \_\_\_\_\_

trattamenti precedenti \_\_\_\_\_

obiettivi del trattamento \_\_\_\_\_



età \_\_\_\_\_

lavoro \_\_\_\_\_

sport \_\_\_\_\_

hobby \_\_\_\_\_

mestruazioni \_\_\_\_\_

numero di gravidanze \_\_\_\_\_

numero di parti \_\_\_\_\_

tipo di parto \_\_\_\_\_

interventi chirurgici \_\_\_\_\_

lesioni / cicatrici \_\_\_\_\_

infezioni ricorrenti \_\_\_\_\_

patologie correlate \_\_\_\_\_

familiarità per \_\_\_\_\_

allergie \_\_\_\_\_

farmaci \_\_\_\_\_

trattamento ormonale \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SINTOMI URINARI

Incontinenza  IUS  IUU  IUM  NO

cause di IU \_\_\_\_\_

urgenza minzionale  SI  NO

frequenza urinaria diurna \_\_\_\_\_

frequenza urinaria notturna \_\_\_\_\_

esitazione minzionale  SI  NO

manovra di Valsalva  SI  NO

flusso regolare (continuo, dritto) \_\_\_\_\_

mitto valido  SI  NO

incompleto svuotamento \_\_\_\_\_

Residuo post minzionale \_\_\_\_\_

gocciolamento post minzionale  SI  NO

utilizzo di assorbenti \_\_\_\_\_

idratazione quotidiana: \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SINTOMI FECALI

intestino regolare  SI  NO

numero evacuazioni giorno / settimana \_\_\_\_\_

forma e consistenza delle feci \_\_\_\_\_

Scala Bristol  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.

incontinenza gas / feci solide / diarrea \_\_\_\_\_

cause di IF \_\_\_\_\_

episodi di stipsi \_\_\_\_\_

IBS \_\_\_\_\_

alimentazione \_\_\_\_\_

gestione intestino \_\_\_\_\_

manovra di Valsalva \_\_\_\_\_

uso dello sgabello  SI  NO

incompleto svuotamento  SI  NO

aiuto per lo svuotamento \_\_\_\_\_

emorroidi / ragadi  SI  NO

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SINTOMI SESSUALI

desiderio  SI  NO

eccitazione  SI  NO

lubrificazione  SI  NO

Orgasmo  SI  NO

rapporti dolorosi  SI  NO

dolore  introitale  superficiale  profondo

momento in cui si presenta il dolore \_\_\_\_\_

tipo di dolore ed evoluzione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ejaculazione retrograda  SI  NO

ejaculazione ritardata  SI  NO

ejaculazione precoce  SI  NO

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### SINTOMI DA DOLORE PELVICO

rapporti dolorosi  SI  NO

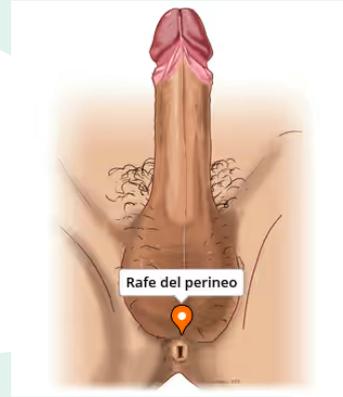
dolore  introitale  superficiale  profondo

dolore spontaneo  SI  NO

dolore provocato da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

localizzazione del dolore



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

causa del dolore \_\_\_\_\_

evoluzione del dolore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

cosa migliora il dolore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## VALUTAZIONE GENERALE

postura \_\_\_\_\_

---

---

appoggio dei piedi \_\_\_\_\_

colonna \_\_\_\_\_

---

---

anche e bacino \_\_\_\_\_

---

---

respiro \_\_\_\_\_

diaframma \_\_\_\_\_

coordinazione addomino pelvica \_\_\_\_\_

sinergie \_\_\_\_\_

---

---

Attivazione TrA  SI  NO

diastasi \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

---

---

---

---



## VALUTAZIONE SPECIFICA

trofismo dei tessuti \_\_\_\_\_

aspetto generale del piano pelvico \_\_\_\_\_

distanza ano-vulvare / ano-genitale \_\_\_\_\_

cicatrici \_\_\_\_\_

asimmetrie \_\_\_\_\_

alterazioni \_\_\_\_\_

riflessi \_\_\_\_\_

capacità di attivare PP  SI  NO

capacità di rilassare PP  SI  NO

tono del NFC \_\_\_\_\_

discesa del piano pelvico  SI  NO

tender point / trigger point esterni \_\_\_\_\_

tender point / trigger point interni \_\_\_\_\_



**VALUTAZIONE COMPARTO ANTERIORE**

beanza vaginale  SI  NO

discesa organi pelvici a riposo  SI  NO

discesa organi pelvici in contrazione  SI  NO

discesa organi pelvici con Valsalva  SI  NO

forza PP (Oxford)  -1  0  1  2  3  4  5

resistenza PP \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE COMPARTO POSTERIORE**

sfintere e condotto anale \_\_\_\_\_

ipotono / ipertono anale \_\_\_\_\_

angolazione puborettale \_\_\_\_\_

contrazione del puborettale \_\_\_\_\_

coccige \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## CONCLUSIONE DELLA VALUTAZIONE FUNZIONALE FISIOTERAPICA

