

**Questionario pavimento pelvico
per gestanti e postpartum**

Modulo fattori di rischio

Rischio

Altezza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	Peso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg	Peso pregravidico per BMI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg	BMI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/> >25
Età		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anni		<input type="checkbox"/> >35
In famiglia ci sono/sono state donne con incontinenza urinaria,intestinale, prolasso degli organi pelvici?		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so	<input type="checkbox"/> si
Fuma?		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> ho smesso	<input type="checkbox"/> si
Ritiene di essere in grado di contrarre la muscolatura del pavimento pelvico?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> non so	<input type="checkbox"/> no

Funzionalità della vescica

1. ogni quanto urina nell'arco della giornata?	0. ogni 3 ore	1. ogni 2 ore	2. ogni ora	3. più spesso
2. quante volte si sveglia la notte per urinare ?	0. 0-1 volta	1. 2 volte	2. 3 volte	3. più di 3 volte
3. ha perdite urinarie mentre dorme?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
4. lo stimolo urinario è così forte da dover andare subito in bagno?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
5. quando sente l'urgenza di urinare, perde urina prima di arrivare in bagno?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
6. perde urina quando tossisce, starnutisce, ride, fa sforzi o fa sport?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
7. Il flusso urinario è debole, rallentato o prolungato?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
8. ha la corretta percezione di quanto sia piena la vescica?	0.si/ sempre	1. quasi sempre	2.talvolta	3.no/mai
9. ha la sensazione di non svuotare completamente la vescica?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
10. deve spingere per poter urinare?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
11. usa salvaslip o assorbenti a causa delle perdite urinarie?	0.mai	1.talvolta/solo come precauzione	2.spesso/durante attività fisica o quando sono raffreddata	3. molto spesso/quotidianamente
12. limita l'assunzione di liquidi per evitare le perdite urinarie?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente

13. quando urina ha bruciore, fastidio o dolore?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente	
14. quanto spesso ha infezioni alle vie urinarie?	0. raramente	1. 1-3 volte all'anno	2. 4-12 volte all'anno	3. una o più volte al mese	
15. le perdite urinarie influiscono sulla sua vita quotidiana (ad es. su attività fisica, lavoro, spesa, uscite)?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0. per niente	1. un poco	2. abbastanza	3. molto
16. Quanto la infastidiscono questi disturbi alla vescica?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0. per niente	1. un poco	2. abbastanza	3. molto

Funzionalità intestinale

1. quante volte si scarica?	0. da ogni 3 giorni a quotidiana mente	1. più di una volta al giorno	1. ogni 4 giorni o più raramente	2. meno di una volta alla settimana
2. normalmente com'è la consistenza delle feci?	0. morbide/composte	1. varia	1. molto dure	2. liquido/pastose
3. spinge molto per scaricarsi?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
4. soffre di stitichezza?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
5. soffre di flatulenza e non riesce a trattenere l'aria?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
6. sente improvvisamente l'urgenza di evacuare?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
7. Trova gli slip o l'assorbente sporchi di feci?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
8. ha perdite di feci o non riesce a trattenerle?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
9. ha la sensazione di non riuscire a svuotare completamente l'intestino?	0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente

10. questi sintomi influiscono sulla sua vita quotidiana? (impegni quotidiani, sport, lavoro, spesa, uscite)?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0.per niente	1.un poco	2.abbastanza	3.molto
11. quanto la infastidiscono i problemi intestinali?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0.per niente	1.un poco	2.abbastanza	3.molto

Prolasso

1. Ha la sensazione di avere un corpo estraneo in vagina?		0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
2. Percepisce un abbassamento dell'utero o della vagina?		0. mai	1. talvolta/meno di una volta la settimana	2. spesso/una o più volte la settimana	3. molto spesso/quotidianamente
3. Mentre solleva pesi, cammina, corre, le sembra che vagina o utero si abbassino?		0.per niente	1.un poco	2.abbastanza	3.molto
4. Questi disturbi quanto influiscono sulla sua vita quotidiana?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0.per niente	1.un poco	2.abbastanza	3.molto
5. Quanto la disturba il prolasso?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0.per niente	1.un poco	2.abbastanza	3.molto

Sessualità

E' sessualmente attiva?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> regolarmente	
Nel caso non abbia rapporti, per quale motivo?	<input type="checkbox"/> Non ho un partner	<input type="checkbox"/> Il partner ha problemi/impotenza	<input type="checkbox"/> Non ho alcun desiderio	<input type="checkbox"/> I rapporti sessuali sono spiacevoli perché.....
Ha avuto esperienze sessuali che l'hanno traumatizzata?	<input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> si
1. Durante i rapporti sessuali, la vagina è sufficientemente lubrificata?	<input type="checkbox"/> si			<input type="checkbox"/> no
2. Qual è il livello di sensibilità durante il rapporto?	0.elevato	1.discreto/scarso	2 .nullo	3. ho dolore
3. Pensa che la sua vagina sia ridondante o lassa?	0. no/mai	1. talvolta	2. spesso	3. sempre
4. Pensa che la sua vagina si stretta o rigida?	0. no/mai	1. talvolta	2. spesso	3. sempre

5. Ha dolori durante il rapporto?	0. no/mai	1. talvolta	2. spesso	3. sempre	
6. Se ha dolore durante il rapporto, dove?	1. alla penetrazione		2. in profondità/ nella pelvi	3. entrambi	
7. Durante il rapporto, ha perdite incontrollate di urina o feci?	0. no/mai	1. talvolta	2. spesso	3. sempre	
8. Questi sintomi influenzano la sua vita sessuale?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0. per niente	1. un poco	2. abbastanza	3. molto
9. Quanto la infastidiscono questi sintomi?	<input type="checkbox"/> non mi riguarda, perché non ho sintomi	0. per niente	1. un poco	2. abbastanza	3. molto

Score (sezione da non compilare)

Funzionalità della vescica	domande da 1 a 16	score	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /48=	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/>	x10=	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Funzionalità intestinale	domande da 1 a 11	score	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /31=	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/>	x10=	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prolasso	domande da 1 a 5	score	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /15=	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/>	x10=	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sessualità	domande da 1 a 9	score	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /24=	<input type="checkbox"/> ,	<input type="checkbox"/>	x10=	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score vescica+ score intestino+ score prolasso+ score attività sessuale=							

Modulo postpartum

Rischio

Quanti figli ha partorito?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durante quanti parti è stata usata la ventosa?		<input type="checkbox"/>	
Quanti parti sono avvenuti tramite taglio cesareo?	<input type="checkbox"/>	Durante quanti parti è stato usato il forcipe?		<input type="checkbox"/>	
Quanto pesava alla nascita il figlio più grosso?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> >4000g	
Durante uno dei parti, ha avuto danni a carico dello sfintere anale o dell'intestino			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Dopo il parto ha avuto dolori vaginali, perineali o intestinali?			<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Dopo aver partorito, pensa di aver rielaborato i dolori del parto?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> in gran parte	<input type="checkbox"/> un poco	<input type="checkbox"/> no
Pensa di aver rielaborato le paure che aveva durante il parto?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> in gran parte	<input type="checkbox"/> un poco	<input type="checkbox"/> no