

Cuestionario de detección para fisioterapia

Nombre: _____

Fecha: _____

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a administrar mejor su atención. Complete el cuestionario antes de su primera cita y entréguelo rápidamente a su terapeuta durante su evaluación.

¿Padece o ha padecido anteriormente las siguientes afecciones?							
	S	N		S	N		
Problemas de huesos/articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Candidiasis frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor en la parte baja de la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento / SII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor pélvico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Coito doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor con el uso de tampones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias / problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infecciones de vejiga o riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Depresión / ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vaginosis bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:				
Si encerró la "S" en cualquiera de las opciones anteriores, proporcione una descripción breve a continuación. Incluya fechas.							
Salud de la vejiga							
¿Cuántos vasos de líquido bebe por día?							
¿Cuántos son cafeinados (café, té, soda)?							
¿Con qué frecuencia orina cada día?							
¿Con qué frecuencia orina cada noche?							
¿Con qué frecuencia moja la cama cada semana?							
¿Cómo es el volumen de orina que produce generalmente?				Abundante <input type="checkbox"/>	Promedio <input type="checkbox"/>	Bajo <input type="checkbox"/>	Muy bajo <input type="checkbox"/>
¿Evita sentarse en baños públicos?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	
¿Vacía la vejiga antes de sentir la necesidad de orinar (por si acaso) para no mojarse?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	
Su ropa está:	Húmeda-seca (unas cuantas gotas) <input type="checkbox"/>	Mojada (ropa interior) <input type="checkbox"/>	Muy mojada (ropa exterior) <input type="checkbox"/>	Saturada (piso) <input type="checkbox"/>			
Para su protección, ¿qué usa?	Toallas sanitarias <input type="checkbox"/>	Toallas para incontinencia <input type="checkbox"/>	Papel higiénico <input type="checkbox"/>	Pañales <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>		
En cada cambio, el objeto de protección está:	Húmedo <input type="checkbox"/>		Mojado <input type="checkbox"/>		Saturado <input type="checkbox"/>		
Marca:	Cantidad que usa por día:						
	Siempre	A veces	Nunca				
¿Tiene problemas para llegar al baño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Le resulta difícil comenzar a orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Tiene que esforzarse para hacer salir la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Después de orinar, ¿tiene goteo o una sensación de llenura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Siente dolor/malestar al orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Se le sale orina cuando tiene una fuerte necesidad de orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Se le sale orina con alguna de las siguientes actividades?	Siempre	A veces	Nunca
Toser o estornudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reírse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercicio activo (correr, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercicio mínimo (caminar, trabajo de casa ligero, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo o aumento de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salida de orina no relacionada con ninguna causa específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (por favor explique a continuación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Salud intestinal

¿Con qué frecuencia tiene una evacuación intestinal?	Por día:	Por semana:
¿Hace esfuerzo para tener un movimiento intestinal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades para contener los gases?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se le sale materia fecal camino al baño o al realizar actividad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Embarazo

¿Está embarazada? Sí, mi fecha es: No No estoy segura

N.º de embarazo	A término	Tipo de parto Vaginal o cesárea	Fecha de parto	Peso al nacer	Tiempo que duró pujando	Episiotomía o desgarro
1	S / N	V / C				
2	S / N	V / C				
3	S / N	V / C				
4	S / N	V / C				
5	S / N	V / C				

Historial quirúrgico

Por favor indique a continuación cualquier cirugía que haya tenido:	Fecha	Cirujano:

Salud sexual

La disfunción del suelo pélvico puede ser muy angustiante para los pacientes. Ya sea que sus síntomas sean incontinencia urinaria, incontinencia fecal, estreñimiento, dolor en el piso pélvico o relaciones sexuales dolorosas, muchas veces estos problemas no se comentan abiertamente con familiares, amigos o incluso médicos. Para comprender completamente el alcance de su diagnóstico individual, hay algunas preguntas muy importantes que necesitamos que responda. Puede ser breve en sus respuestas.

¿Cuál es su identidad de género?	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Mujer a hombre <input type="checkbox"/>	Hombre a mujer <input type="checkbox"/>	Adicional (especifique) <input type="checkbox"/> : _____
¿Sus prácticas sexuales actuales incluyen relaciones sexuales o actividades que involucran la penetración vaginal?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo, ¿anteriormente era así? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Su práctica sexual (pasada o presente) involucra actividades de penetración anal?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
¿Es usted sexualmente activo(a) en la actualidad?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
¿Es sexualmente activo(a) con hombres, mujeres o ambos?	No soy sexualmente activo(a) <input type="checkbox"/>	Hombres <input type="checkbox"/>	Mujeres <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>	

¿Ha habido algún abuso sexual en su pasado o presente?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene enfermedades contagiosas? En caso afirmativo, por favor describa:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Está usted satisfecho(a) con su función sexual?	<input type="checkbox"/> Sí → (pasar a Objetivos)	<input type="checkbox"/> No → (prosiga con las preguntas a continuación)	
¿Cuánto tiempo hace que está insatisfecho(a) con su función sexual?			
¿Cuáles son los problemas con su función sexual? Marque todas las opciones que correspondan. Encierre además el problema que sea <u>más molesto</u> para usted.			
<input type="checkbox"/> Problema de interés bajo o nulo en el sexo			
<input type="checkbox"/> Problema de disminución de la sensación genital			
<input type="checkbox"/> Problema de disminución de la lubricación vaginal (sequedad)			
<input type="checkbox"/> Problema para alcanzar el orgasmo			
<input type="checkbox"/> Problema de dolor durante las relaciones sexuales			
<input type="checkbox"/> Otro:			
¿Le gustaría hablar de esto con su médico o proveedor de atención médica?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Objetivos			
Las mujeres tienen diferentes objetivos para su cuidado pélvico. Por favor indique sus objetivos personales para el tratamiento de sus problemas pélvicos en orden de importancia. Evalúe además el nivel de importancia de lograr este objetivo de tratamiento en una escala de 0 (no es importante para mí) a 10 (muy importante para mí) .			
Mis objetivos personales para el tratamiento son:		Calificación del nivel de logro de la meta de tratamiento	

PFPT – PFDI (forma corta 20)

Instrucciones: Por favor responda todas las preguntas en la siguiente encuesta. Se le preguntará si tiene ciertos síntomas intestinales, vesicales o pélvicos y, si los tiene, cuánto le molestan. Responda encerrando el número apropiado. Mientras contesta estas preguntas, tenga en cuenta sus síntomas de los **últimos tres meses**.

	NO	SÍ			
		<u>En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta?</u>			
		Nada	Un poco	Moderada mente	Bastante
Inventario de angustia por prolapso de órgano pélvico 6 (POPDI-6)					
1. ¿Usualmente experimenta <u>presión</u> en la parte baja del abdomen?	0	1	2	3	4
2. ¿Usualmente experimenta <u>pesadez</u> o <u>una sensación de dolor sordo</u> en la zona pélvica?	0	1	2	3	4
3. ¿Suele tener una protuberancia o algo que está saliendo y se puede ver o sentir en el área vaginal?	0	1	2	3	4
4. ¿Generalmente tiene que presionar la vagina o alrededor del recto para tener o completar una <u>evacuación intestinal</u> ?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele experimentar una sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga?	0	1	2	3	4

6. ¿Generalmente tiene que empujar hacia arriba una protuberancia en el área vaginal con los dedos para comenzar o completar la micción?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

NO	SÍ			
	En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta?			
	Nada	Un poco	Moderada mente	Bastante

Inventario de angustia colorrectal-anal 8 (CRAD-8)

7. ¿Siente que tiene que esforzarse demasiado para tener una evacuación intestinal?	0	1	2	3	4
8. ¿Siente que no ha vaciado completamente sus intestinos al final de una evacuación intestinal?	0	1	2	3	4
9. ¿Suele haber salida de heces que usted no puede controlar si las heces están bien formadas?	0	1	2	3	4
10. ¿Salen las heces sin que usted lo pueda controlar si las heces son aguadas o líquidas?	0	1	2	3	4
11. ¿Salen los gases del recto sin que usted lo pueda controlar?	0	1	2	3	4
12. ¿Suele tener dolor durante una evacuación intestinal?	0	1	2	3	4
13. ¿Suele experimentar un fuerte sentido de urgencia y tiene que correr al baño para evacuar?	0	1	2	3	4
14. ¿Alguna parte de su intestino pasa a través del recto y hasta el exterior durante o después de un movimiento intestinal?	0	1	2	3	4

Inventario de angustia urinaria 6 (UDI-6)

15. ¿Suele experimentar micción frecuente?	0	1	2	3	4
16. ¿Suele experimentar una fuga de orina asociada con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de necesidad de ir al baño?	0	1	2	3	4
17. ¿Suele experimentar fugas de orina relacionadas con toser, estornudar o reírse?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele experimentar la fuga de pequeñas cantidades de orina (es decir, gotas)?	0	1	2	3	4
19. ¿Suele experimentar dificultad para vaciar la vejiga?	0	1	2	3	4
20. ¿Suele experimentar dolor o malestar en la región inferior del abdomen o genital?	0	1	2	3	4

Escala analógica visual del dolor

Instrucciones: Por favor califique su dolor en una escala de 0 a 10.

