

## AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UROLOGIA

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:			
Naturalidade:		Sexo:	
Data de nascimento:		Raça:	Orientação sexual:
Estado Civil:		Grau de instrução:	
Profissão:		Ocupação:	
Telefones:			
Endereço:			
Renda familiar/ Salários mínimos:			

### 2. EXAME CLÍNICO

Peso:      Kg	Altura:    m	IMC: <input type="checkbox"/> Bp (<18.5) <input type="checkbox"/> N (18.5-24.9) <input type="checkbox"/> S (25-29.5) <input type="checkbox"/> O (<30)
PA:      x    mmHg	FC:      bpm	f:      irpm                      SpO <sub>2</sub> :      %

### 3. HISTÓRIA CLÍNICA

<input type="checkbox"/> Pré Operatório <input type="checkbox"/> Pós Operatório <input type="checkbox"/> Outro:		
Médico:		Encaminhado por:
Diagnóstico ou Hipótese diagnóstica:		
Queixa principal/duração:		
HMA:		
Antecedentes pessoais patológicos (HMP)		
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Câncer
<input type="checkbox"/> Desordens psicológicas	<input type="checkbox"/> Pneumopatias	<input type="checkbox"/> Outros:
Antecedentes cirúrgicos:		
Antecedentes neurológicos:		
Antecedentes familiares:		
Medicamentos em uso (Dose/ Freq. / Horário):		

### 4. SINTOMAS URINÁRIOS

Fase de enchimento						
<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Enurese	<input type="checkbox"/> Noctúria	<input type="checkbox"/> Polaciúria	<input type="checkbox"/> IUU	<input type="checkbox"/> IUE	<input type="checkbox"/> IUM
Fase de esvaziamento						
<input type="checkbox"/> Hesitação	<input type="checkbox"/> Esforço miccional	<input type="checkbox"/> Interrupção	<input type="checkbox"/> Jato fraco	<input type="checkbox"/> Disúria		
<input type="checkbox"/> Gotejamento pós miccional		<input type="checkbox"/> Sensibilidade	<input type="checkbox"/> ITU			
<input type="checkbox"/> Outros						
<b>4.1 Perdas</b>						
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Espirro	<input type="checkbox"/> Agachar	<input type="checkbox"/> Erguer peso	<input type="checkbox"/> Caminhando	<input type="checkbox"/> Mudança de posição	
<input type="checkbox"/> Perdas ao contato com a água		<input type="checkbox"/> Aumento das perdas em período menstrual				
<input type="checkbox"/> Outras circunstâncias						
Qualidade da perda de urina: <input type="checkbox"/> Em gotas <input type="checkbox"/> Em jato <input type="checkbox"/> 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

Frequência evacuatória:  Diária  X ao dia  X por semana

Necessita de alguma manobra especial para evacuar?/Qual?

Utiliza medicamento para evacuar?/Qual (s)?

Cirurgia coloretal?

#### 6. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: anos  Menopausa: anos  TRH: anos  DUM: / /

G/P/A: Partos:  Vaginais  Cesárea  Episiotomia  Outros:

Complicações puerperais:  Infecções  Incontinência  DIP (Dç Inf Pélvica)

Complicações ginecológicas:  Sim  Não Quantas? Descrição:

DST's:

Corrimentos vaginais com frequência?

Miomatose  Cisto ovariano  Contraceção/Tipo:

#### 7. HISTÓRIA SEXUAL

Ativa / Tempo  Inativa / Tempo:  Virgem

Desejo Sexual: Excitação: Orgasmo: Dispareunia:

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 urinaria?

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  Chá preto  Bebidas carbonadas

Comidas apimentadas  Chocolates  Frutas cítricas

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:

Tônus:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Diástase do reto abdominal:  Não  Sim – Cm:

**10.2 Assoalho Pélvico**

Cicatrizes:

Trofismo genital: Trofismo MMII:

Abertura Vulvo-genital:  0  O+  O++  O+++

Contração voluntária dos MAP:  Sim  Não

Apneia

Manobra de valsava

Deslocamento da cúpula CP :  Contração EAE  Contração à tosse

Uso de coletor?  Sim  Não Aspecto da Urina:

**10.3 Avaliação postural**

**10.4 Palpação**

Tônus do corpo perineal:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Tônus EAE:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Tônus MMII:  Normal  Hipotônico  Hipertônico

Força Muscular MAP/Superficiais (AFA): /  Normal  
/  Hipotônico  
/  Hipertônico

PERFECT / / /

Coordenação:  Ausente  Presente Sensibilidade:  Não  Sim – Local:

Simetria  Assimetria – predominância:  D ou  E

Observações:

**11. OBJETIVOS (CURTO/MÉDIO/LONGO PRAZO)**

**12. CONDUTA (CURTO/MÉDIO/LONGO PRAZO)**

\_\_\_\_\_  
Estagiário (a)

\_\_\_\_\_  
Supervisor (a) Responsável