

Low Pressure Fitness



ANAMNESIS SUELO PÉLVICO

Nombre:	
Edad:	Teléfono:
Email:	Fecha:

Duración de los problemas objeto del motivo para acudir a entrenamiento de Hipopresivos

☐ de 1 a 6 meses	☐ de 1 a 2 años	☐ de 3 a 5 años
☐ de 5 a 9 años	☐ más de 10 años	☐ desde la infancia

¿Ha sido tratada alguna vez por su problema por un especialista en fisioterapia uroginecológica? ☐ **sí** ☐ **no**

¿Ha sido Vd. Tratada por otro especialista sanitario por su problema? ☐ **sí** ☐ **no**

¿Ha sufrido alguna intervencións ginecológica o urológica? ☐ **sí** ☐ **no**

Si afirmativa ¿cuáles?.....

Actividad Física

¿Practica Vd. Algún deporte o actividad física? ☐ **sí** ☐ **no**

¿Qué tipo de deporte?.....

¿Desde hace cuánto tiempo?

☐ Desde hace mucho ☐ recientemente ☐ excepcionalmente

¿Ha notado Vd. Una relación entre este deporte y su problema?

☐ Ninguna ☐ ocasionalmente ☐ sistemáticamente

¿Perjudica este problema a su actividad profesional? ☐ **sí** ☐ **no**

Pasado Obstétrico

Nº de embarazos:.....Nº de hijos:.....

Señalar de entre los siguientes el que corresponda a su parto:

Nº	cesárea	episiotomía	desgarro	fórceps	De nalgas	epidural
1						
2						
3						
4						
5						

Low Pressure Fitness



ANAMNESIS SUELO PÉLVICO

- ¿Tuvo incontinencia en los embarazos? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Tuvo incontinencia después del parto? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Sufrió un prolapso después del parto? ☐ **si** ☐ **no** ☐ **no se**
- ¿Comenzó a orinar normalmente después del parto? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Realizó sesiones de preparación al parto? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Realizó sesiones de reeducación perineal después del parto? ☐ **si** ☐ **no**

Suelo Pélvico

- ¿Padece pesadez vaginal al final del día, o a causa del cansancio o del esfuerzo?
☐ **si** ☐ **no**
- ¿En ocasiones tiene dolores pélvicos? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Ha notado algo anormal que asome por la vulva? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Percibe en ocasiones ruidos de aire vaginales (ejercicio, relaciones sexuales..)
☐ **si** ☐ **no**

Las relaciones sexuales

- Le provocan dolor ☐
- Nota ganas de orinar ☐
- Infecciones urinarias después de las relaciones ☐
- Presenta fugas urinarias durante las relaciones ☐

Comportamiento miccional

- ¿Cuántas veces orina normalmente a lo largo del día (sin infección urinaria)?
☐ 1 a 5 veces ☐ 6 a 10 veces ☐ 11 a 15 veces ☐ 16 a 25 veces ☐ más de 25 veces
- ¿Qué cantidad de líquido bebe normalmente a lo largo del día ?
☐ ¼ de litro ☐ ½ litro ☐ 1 litro ☐ 2 litros o más
- ¿Se despierta por la noche con una sensación urgente de orinar? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Se ve obligada a levantarse por la noche para ir a orinar? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Cuántas veces?.....
- ¿Ha notado que orine más en momentos determinados del día? ☐ **si** ☐ **no**
- ¿Cuándo?

Low Pressure Fitness



ANAMNESIS SUELO PÉLVICO

☐ Por la mañana ☐ durante el día ☐ por la noche

El volumen de cada una de sus micciones le parece

☐ Pequeño ☐ mediano ☐ importante

¿Es consciente cuando su vejiga está llena? ☐ **si** ☐ **no**

¿Tiene sensación dolorosa antes de orinar? ☐ **si** ☐ **no**

Cuando desea voluntariamente orinar ¿Nota un retraso en el desencadenamiento de la micción? ☐ **si** ☐ **no**

Cuando orina ¿Lo hace de una sola vez? ☐ **si** ☐ **no**

Después de orinar

¿Tiene la sensación de no haber vaciado completamente su vejiga? ☐ **si** ☐ **no**

¿Nota que sigue goteando? ☐ **si** ☐ **no**

¿Sufre pérdidas urinarias durante el día? ☐ **si** ☐ **no**

¿Sufre incontinencia cuando está de pie en el momento de realizar un esfuerzo?
☐ **si** ☐ **no**

¿Sufre incontinencia cuando?

☐ Estornuda	☐ Levanta pesos	☐ Camina rápido
☐ Corre	☐ Tose	☐ Cambia de posición
☐ Ríe	☐ Salta	☐ Nunca

¿Cantidad de pérdida de orina? ☐ Pequeña ☐ grande

¿Depende esta incontinencia del grado de llenado de su vejiga? ☐ **si** ☐ **no**

¿Los cambios de postura, favorecen las pérdidas? ☐ **si** ☐ **no**

¿Ha perdido orina al toser o al estornudar cuando está acostada? ☐ **si** ☐ **no**

¿Por la mañana, con la vejiga llena ¿pierde orinar al levantarse? ☐ **si** ☐ **no**

¿Tiene normalmente unas fuertes ganas de orinar? ☐ **si** ☐ **no**

Si es afirmativo responda, ¿Puede retenerse? ☐ Con dificultad ☐ sin dificultad

En caso de sentir una fuerte necesidad de orinar ¿ha sufrido una pérdida involuntaria de orina? ☐ Nunca ☐ a veces ☐ rara vez ☐ frecuentemente

Low Pressure Fitness



ANAMNESIS SUELO PÉLVICO

¿Puede tomarse su tiempo o necesita apresurarse para ir al servicio?

☐ Tomarme mi tiempo

☐ apresurarme

La vista o el ruido del agua que corre ¿Le producen necesidad de orinar? ☐ **si** ☐ **no**

¿El contacto con el agua, le produce ganas de orinar? ☐ **si** ☐ **no**

¿Se moja por la noche? ☐ **si** ☐ **no**

¿Se ve obligada a llevar protección durante el día? ☐ **si** ☐ **no**

Si afirmativo *¿Que tipo de protección?*

Nº de protecciones por día ☐ 1 a 3

☐ 4 a 6

☐ 7 a 10

¿Su actividad física se ve entorpecida por la incontinencia? ☐ **si** ☐ **no**

Si afirmativo *¿Qué tipo de actividad física?*

Esta incontinencia ¿Conlleva una molestia social o psicológica? ☐ **si** ☐ **no**

Evacuación Intestinal

¿Padece episodios frecuentes de estreñimiento? ☐ **si** ☐ **no**

¿Tiene la sensación de querer evacuar y no poder? ☐ **si** ☐ **no**

¿Ha padecido alguna vez incontinencia fecal? ☐ **si** ☐ **no**

¿Con que frecuencia deposita? ☐ 1 vez al día ☐ 2 veces al día

☐ 3 veces al día ☐ más de 3 veces al día ☐ 1 a 3 veces por semana

¿Que naturaleza tienen sus deposiciones ?

☐ Sólidas ☐ blandas ☐ líquidas ☐ variables según alimentación

La evacuación es: ☐ Dolorosa ☐ sin dolor ☐ dificultosa ☐ fácil

¿Necesita recurrir a estímulos particulares? ☐ **si** ☐ **no**

¿Cuáles? ☐ Vaso de agua ☐ lectura ☐ empuje abdominal importante ☐ otros

¿Ha usado laxantes? ☐ **si** ☐ **no**

¿Desde cuando? ☐ Siempre ☐ hace bastante ☐ recientemente

¿Ha sufrido alguna intervención intestinal? ☐ Colon ☐ recto ☐ ano