

## Admisión a los servicios de rehabilitación - Suelo pélvico

¡Bienvenido/a! Complete este formulario lo mejor que pueda y devuélvalo en la recepción. ¡Gracias!

Fecha: \_\_\_\_\_ Inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta (dolor, pérdida, etc.): \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Pronombres (marcar con un círculo): Ella Él Indefinido Otro

¿Qué hace en su tiempo libre? ¿Cuál es su rutina de ejercicio actual? \_\_\_\_\_

¿Qué meta realista desearía alcanzar con la terapia? \_\_\_\_\_

**Marque todos los síntomas que siente actualmente:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudoración              | <input type="checkbox"/> Equilibrio deficiente (caídas) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inusual             |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo o entumecimiento                 | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito          | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar              |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar       | <input type="checkbox"/> Mareos                              |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                | <input type="checkbox"/> Mayor dolor durante la noche        |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                                     | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir         | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse/pensar |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función vesical o intestinal |   |  |

**¿Hay alguna cirugía o prueba de las que deberíamos estar al tanto?**

---

---

---

---

**Marque cualquier antecedente médico o quirúrgico de los que debamos estar al tanto:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis                            | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca          | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal   |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre                  | <input type="checkbox"/> Hernia                     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio (AIT)         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica             | <input type="checkbox"/> Presión alta               | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                              | <input type="checkbox"/> Colesterol alto            | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/diálisis  | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria  |
| <input type="checkbox"/> Infección resistente a los fármacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones              | <input type="checkbox"/> Linfedema                  | ¿Es alérgico al látex y/o los adhesivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                        | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple        | ¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                   |

**Antecedentes médicos (continuación):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces (actualmente)  | <input type="checkbox"/> Quistes de ovario                     |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (actualmente)   | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico              | <input type="checkbox"/> Prolapso                              |
| <input type="checkbox"/> Diarrea crónica:                   | <input type="checkbox"/> Infecciones de las vías urinarias     |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable (SCI) | <input type="checkbox"/> Incontinencia/pérdidas fecales        |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis                      | <input type="checkbox"/> Incontinencia/pérdidas urinarias      |
| <input type="checkbox"/> Fibromas                           | <input type="checkbox"/> Fractura(s) de pelvis                 |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides                        | <input type="checkbox"/> Fractura(s) de coxis                  |
| <input type="checkbox"/> Cistitis intersticial              | <b>Continúa en la siguiente página →</b>                       |

**Antecedentes médicos (cont.):**

¿Le preocupa caerse o perder el equilibrio?  Sí  No

¿Cuántas veces se ha caído o ha estado a punto de caerse en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_

¿Se siente seguro/a en su hogar?  Sí  No

¿Tiene antecedentes de abuso sexual o trauma?  Sí  No

¿Está embarazada o intentando quedar embarazada?  Sí  No

Sí  No  N/C  Sí  No  N/C

¿Se encuentra en la  premenopausia  posmenopausa o  menopausia?  N/C

**¿Ha dado a luz?**  Sí  No

**Si la respuesta es Sí:**

N.º de partos vaginales: \_\_\_\_\_

N.º de partos por cesárea: \_\_\_\_\_

¿Tuvo complicaciones durante el parto (por ej., episiotomía, desgarro, pujos prolongados, etc.)? \_\_\_\_\_

**Índice de discapacidad del suelo pélvico (PDI-20)**

Instrucciones: Responda todas las preguntas del cuestionario a continuación. En estas preguntas se le preguntará si tiene determinados síntomas intestinales, vesicales o pélvicos y, en caso de tenerlos, **cuánto le molestan**. Para responder, marque con un círculo el número adecuado. Al responder estas preguntas, tenga en cuenta sus síntomas durante los **últimos 3 meses**.

El PFDI-20 tiene 20 ítems y 3 escalas de síntomas.

Todos los ítems usan el siguiente formato con una escala de respuesta del 0 al 4.

<b>Escala de síntomas</b>	<b>¿Síntomas presentes?</b>
0 = No presente	<b>No</b>
1 = En lo absoluto	
2 = Algo	
3 = Moderadamente	
4 = Bastante	<b>Sí</b>

La encuesta comienza en la siguiente página →

**Inventario de molestias por prolапso de los órganos pélvicos 6 (POPDI-6)**

		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>			
1	¿Habitualmente siente opresión en la parte baja del abdomen?	0	1	2	3	4
2	¿Habitualmente siente pesadez o adormecimiento en el área pélvica?	0	1	2	3	4
3	¿Habitualmente siente o ve alguna protuberancia o algo que le cuelga en la región genital?	0	1	2	3	4
4	¿Alguna vez tiene que presionar la zona genital o alrededor del recto para defecar o terminar de defecar?	0	1	2	3	4
5	¿Habitualmente siente que no vacía la vejiga por completo?	0	1	2	3	4
6	¿Alguna vez debe presionar con los dedos una protuberancia en la zona genital para comenzar o terminar de orinar?	0	1	2	3	4

**Inventario de molestias colorrectales-anales 8 (CRAD-8)**

		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>			
7	¿Siente que debe esforzarse demasiado para defecar?	0	1	2	3	4
8	Al terminar de defecar, ¿siente que no vació el intestino por completo?	0	1	2	3	4
9	¿Habitualmente pierde heces fecales sin poder controlarlo si sus heces están bien formadas?	0	1	2	3	4
10	¿Habitualmente pierde heces fecales sin poder controlarlo si sus heces son blandas?	0	1	2	3	4
11	¿Habitualmente pierde gases del recto sin poder controlarlo?	0	1	2	3	4
12	¿Habitualmente siente dolor al defecar?	0	1	2	3	4
13	¿Tiene una sensación de urgencia y debe correr al baño a defecar?	0	1	2	3	4
14	¿Parte de su intestino atraviesa el recto y sobresale mientras está defecando o después de hacerlo?	0	1	2	3	4

**Inventario de molestias urinarias 6 (UDI-6)**

		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>			
15	¿Habitualmente orina con frecuencia?	0	1	2	3	4
16	¿Habitualmente tiene pérdidas de orina relacionadas con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño?	0	1	2	3	4

		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>			
17	¿Habitualmente tiene pérdidas urinarias al toser, estornudar o reírse?	0	1	2	3	4
18	¿Habitualmente tiene pequeñas cantidades de pérdida de orina (es decir, gotas)?	0	1	2	3	4
19	¿Habitualmente tiene dificultad para vaciar la vejiga?	0	1	2	3	4
20	¿Habitualmente siente dolor o incomodidad en la parte baja del abdomen o la región genital?	0	1	2	3	4

**Más preguntas sobre la vejiga:**

1. ¿Cuántas veces orina en un día promedio? \_\_\_\_\_ ¿Y por la noche?
2. ¿Tiene algunas de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan)
 

<input type="checkbox"/> Dificultad para iniciar un chorro de orina	<input type="checkbox"/> Una fuerte sensación de urgencia
<input type="checkbox"/> Chorro de orina débil, lento o interrumpido	<input type="checkbox"/> Goteo luego de que termina el chorro
<input type="checkbox"/> Sin sensación de vejiga llena	<input type="checkbox"/> Dolor o ardor durante la micción
<input type="checkbox"/> Dificultad para vaciar la vejiga por completo	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Uso frecuente del baño para evitar las pérdidas	<input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones
3. ¿Tiene pérdidas de orina?  Sí  No
4. ¿Con qué frecuencia tiene pérdidas de orina?
 

<input type="checkbox"/> _____ veces por día
<input type="checkbox"/> _____ veces por semana
<input type="checkbox"/> _____ veces por mes
<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> N/C

**Más preguntas sobre los intestinos:**

1. ¿Con qué frecuencia tiene movimientos intestinales? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene incontinencia fecal?  Sí  No

**Más preguntas sobre los intestinos (cont.):**

3. ¿Se da cuenta cuando tiene una pérdida de heces fecales?

- Sí
- No, solo me doy cuenta después
- N/C

**Otras preguntas:**

1. ¿Tiene dolor en la zona pélvica, abdominal o genital?  Sí  No

a. ¿Dónde?

- Abdomen
- Espalda baja
- Vagina
- Pene
- Escroto

Otro: \_\_\_\_\_

b. ¿Cómo es el dolor en una escala del 0 al 10? \_\_\_\_\_

2. ¿Es sexualmente activo/a?  Sí  No

3. ¿Tiene alguno de estos síntomas? (Marque todas las opciones que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor durante la penetración           | <input type="checkbox"/> Dolor durante el orgasmo o la eyaculación           |
| <input type="checkbox"/> Dolor causado por una postura corporal | <input type="checkbox"/> Dolor luego de la actividad sexual, pero no durante |

4. ¿Siente otro dolor?  Sí  No

a. En caso afirmativo, ¿dónde está? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos?

---

---

---

---