

BADANIE I TERAPIA UROGINEKOLOGICZNA

Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie,

Problem, z którym zgłosiła się Pani/zgłosił się Pan do swojego fizjoterapeuty jest problemem intymnym, którego przyczyną jest zaburzenie funkcjonalne dna miednicy. Konieczna jest dokładna i profesjonalna diagnostyka, w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczny – treningowy dostosowany do Pani/Pana indywidualnych potrzeb. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, Pani/Pana fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie przezpochwowe i/lub przezodbytnicze. Tylko dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu powrotu do zdrowia i sprawności. Z tych samych powodów może także zaistnieć potrzeba uzupełnienia badania o badanie aparaturowe.

Ze względów natury prawnej prosimy o pisemne wyrażenie zgody na badanie przezpochwowe i/lub przezodbytnicze.

Zgoda na badanie oraz potwierdzenie odbycia rozmowy instruktażowej.

Fizjoterapeutka/Fizjoterapeuta (nazwisko) **Katarzyna Kołodko** przeprowadził/a ze mną osobistą rozmowę, podczas której otrzymałem:

- Otrzymałam/łem wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania przezpochwowego/przezodbytniczego
- Miałam/miałem możliwość zadania wszelkich pytań
- Wyraziłam/łem zgodę na przebadania mnie przez pochwę/przez odbył dobrowolnie
- Zgodziłam/łem się na ewentualne przeprowadzenie u mnie badania aparaturowego
- Aparatura oraz jej zastosowanie zostało mi wyjaśnione oraz pokazane
- Nie miałam/łem i nie mam żadnych więcej pytań

.....

.....

.....

data i miejscowość

czytelnie imię i nazwisko pacjenta, wzór skróconego podpisu

FIZJOTERAPIA UROGINEKOLOGICZNA

Terapia manualna uroginiekologiczna jest rodzajem masażu wykonywanego wykonywanego przez pochwę / odbył przy użyciu żelu wodnego osłoniętą rękawiczką nitylową ręką terapeutki w celu rozluźnienia i poprawy odżywienia tkanek miękkich dna miednicy i okolic. W trakcie zabiegu Pacjent/ka leży na plecach na kozetce bez bielizny, zaś terapeutka pracuje manualnie na tkankach, lekko uciskając, naciągając i rozcierając okolice poddane terapii. Może to wywołać dyskomfort o charakterze bólu max do 6 na 10 punktów skali VAS, uczucie podrażnienia i pieczenia w trakcie do 1 doby po terapii, niekiedy drobne pęknięcia śluzówki, objawiające się minimalnym

krwawieniem, zwiększona ilość wydzielanego śluzu. Zabieg może zostać przerwany w dowolnym momencie na życzenie pacjentki/a.

wyrażam zgodę na zabieg

Terapia EMG i elektrostymulacja polega na wykorzystaniu odpowiednio dobranej plastikowej elektrody (zawierającej stop niklu lub połączanej), wprowadzonej do pochwy / odbytu z użyciem żelu wodnego, podłączonej do aparatu elektronicznego, który zbiera dane elektrofizjologiczne oraz / lub generuje i przesyła do elektrody prąd o charakterze zmiennym i indywidualnie dobranych parametrach. Zabieg ma na celu ocenę i trening zdolności mięśni dna miednicy do skurczu lub rozluźnienia. W trakcie zabiegu możliwe jest uczucie napinania tkanek w dnie miednicy i wibracja. Po zabiegu może zdarzyć się przejściowe nietrzymanie moczu, parcia naglące, uczucie podrażnienia śluzówki, niewielki ból podbrzusza lub kręgosłupa lędźwiowego. Zabieg może zostać przerwany w dowolnym momencie na życzenie pacjentki/a.

wyrażam zgodę na zabieg.....

imię i nazwisko
pacjenta/teki.....

Inne ważne dolegliwości:.....

Funkcje pęcherza pytania 1-15

wynik / 45 =

1. Częstotliwość oddawania moczu Jak często oddaje Pani mocz w ciągu dnia? 0 do 7 razy 1 8-10 razy 2 między 11 a 15 razy 3 częściej niż 15 razy	2. Nykturia Jak często wstaje Pani w nocy, aby oddać mocz? 0 0-1 raz 1 2 razy 2 3 razy 3 częściej niż 3 razy	3. Enuresis nocturia Czy gubi Pani mocz podczas snu? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie
4. Przymusowe parcie na mocz Czy parcie na mocz jest tak silne, że natychmiast musi Pani skorzystać z toalety? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie	5. Parciowe nietrzymanie moczu Czy gubi Pani mocz, zanim zdola Pani dojść do toalety? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie	6. Wysiłkowe nietrzymanie moczu Czy gubi Pani mocz podczas kaszlu, kichania, śmieiania się, aktywności sportowej? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie
7. Osłabiony strumień moczu Czy strumień moczu jest osłabiony, oddawanie moczu jest spowolnione lub wydłużone? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie	8. Zaleganie moczu resztkowego Czy ma Pani poczucie, że po oddaniu moczu pęcherz nie został całkowicie opróżniony? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie	9. Parcie podczas mikcji Czy musi Pani przeć, aby oddać mocz? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie
10. Używanie wkładek higienicznych Czy używa Pani wkładek higienicznych lub podpasek z powodu gubienia moczu? 0 nie, nigdy 1 czasami, profilaktycznie 2 często – podczas uprawiania sportu/przeziębienia 3 zazwyczaj codziennie	11. Zmniejszenie ilości przyjmowanego płynu Czy ogranicza Pani ilość wypijanego płynu, aby uniknąć gubienia moczu? 0 nie, nigdy 1 przed wyjściem z domu itp. 2 raczej często 3 regularnie, codziennie	12. Dysuria Czy oddawanie moczu wiąże się z dolegliwościami bólowymi? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie
13. Nawracające infekcje dróg moczowych Czy często zdarzają się Pani infekcje pęcherza? 0 nie 1 1-3 razy w roku 2 4-12 razy w roku 3 częściej niż 1 raz w miesiącu	14. Jakość życia Czy gubienie moczu utrudnia Pani codzienne funkcjonowanie? (zakupy, wychodzenie, zajęcia sportowe...) 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo	15. Uczucie cierpienia nie dotyczy Jak bardzo przeszkadzają Pani omawiane problemy? 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo
Inne objawy:		

imię i nazwisko
pacjenta/tki.....

imię i nazwisko
pacjenta/tki.....

36. Jakie są doznania w pochwie podczas stosunku: 0 normalne 1 zmniejszone 3 brak doznań 1 bolesność	37. Luźna pochwa Czy ma Pani odczucie, jakby pochwa była zbyt luźna? 0 nie, nigdy 1 czasami 2 często 3 zawsze	38. Ciasna pochwa/Waginizm Czy ma Pani odczucie, jakby pochwa była zbyt ciasna, wąska? 0 nie, nigdy 1 czasami 2 często 3 zawsze
39. Dyspareunia Czy stosunkowi seksualnemu towarzyszą dolegliwości bólowe? 0 nie, nigdy 1 rzadko 2 zazwyczaj 3 zawsze	40. Lokalizacja dyspareunii Gdzie występują te dolegliwości bólowe? 0 brak dolegliwości bólowych 1 przy wejściu do pochwy 1 głęboko wewnątrz/ w miednicy 2 zarówno przy wejściu do pochwy, jak i głęboko wewnątrz	41. nietrzymanie moczu podczas stosunku Czy zdarza się Pani gubić mocz podczas stosunku? 0 nie, nigdy 1 rzadko 2 zazwyczaj 3 zawsze
42. Uczucie cierpienia Jak bardzo przeszkadzają Pani problemy z funkcjami seksualnymi? nie dotyczy 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo	Inne objawy:	

ZALECENIA TERAPEUTYCZNE (zaznaczyć odpowiednie):

1. Prawidłowe nawyki toaletowe
2. Ćw. mm. dna miednicy w domu napięć x w tyg (fazowe / toniczne ; z Educatorem / stożkami dopochwowymi)
3. Nauka prawidłowej tłoczni brzusznej
4. EMG:
 - a) regeneracja n. sromowego, rozluźnianie mm. dna miednicy (2 Hz, do 18 mA, impuls stały, 30 – 60 min) x w tyg
 - b) ćw. koordynacyjno – wzmacniające (threshold , above / below, work , rest , narastanie , opadanie) x tyg
5. Ćw. korekcji sylwetki i oddychania x tyg:
6. Terapia manualna dna miednicy x tyg
7. Pessaroterapia
8. Trening pęcherza do mikcji co ok. 3 godz
9. Teraoia manualna ortopedyczna x tyg

NOTATKI Z TERAPII