

SCHEDA ANAMNESTICA PER RISONANZA PELVICA FEMMINILE

Cognome e nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Data ultime mestruazioni ____ / ____ / ____

oppure situazione ormonale (menopausa, pillola, ...): _____

DOLORE (intensità da 0: assente a 10: intollerabile, impedimento alle attività quotidiane)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEDE, se elettiva e specificabile _____

Dolore durante le mestruazioni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Durante i rapporti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	↑ Mestr.
Durante la defecazione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	↑ Mestr.
Durante la minzione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	↑ Mestr.

DIARREA ☐ Sì ☐ No ↑ Mestr.**GRAVIDANZE** ☐ Sì ☐ No
Se sì, parto ☐ Naturale ☐ Cesareo**ABORTI** ☐ Sì ☐ No
Se sì _____ ☐ Spont. ☐ Provocato**PILLOLA** ☐ Sì ☐ No
Se sì, quando? _____
Se sì, quale? _____ ☐ Continua? ☐ Con pause?**ALTRI FARMACI** ☐ Sì ☐ No

Se sì, quali? _____

INTERVENTI ☐ Sì ☐ No
Fotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No**RECENTI VISITE GINECOLOGICHE** ☐ Sì ☐ No
Fotocopie/documentazione ☐ Sì ☐ No

Udine, ____ / ____ / ____

Firma della Paziente (o Tutore)**Timbro e firma del Medico**