

## 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 |
| Durante la defecazione         | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 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**