**RIEDUCAZIONE PERINEALE**

**Questionario di autovalutazione**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì  | NO  |
| Praticate o avete praticato sport regolarmente? |  |  |
| Soffrite di tosse cronica? |  |  |
| Soffrite di stitichezza?Dall’infanzia?Solo dopo la gravidanza? |  |  |
| Provate dolore durante la defecazione? |  |  |
| Soffrite di emorroidi?Spesso?Solamente durante la gravidanza? |  |  |
| Avete difficoltà particolari durante la minzione?Di che tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Registrate fughe urinarie durante lo sforzo (tosse, starnuto, sport…)?MaiA volteSpessoSolamente durante la gravidanza |  |  |
| Prima della gravidanza vi alzavate di notte per urinare? |  |  |
| Provate dolore a trattenere feci e/o gas? |  |  |
| Avete sensazione di pesantezza a livello del basso ventrequando restate in piedi? |  |  |
| Avete mai sentito o scoperto una “specie di pallina nella vagina”? |  |  |
| Provate dolore a livello del perineo, della vulva e dell’ano? |  |  |
| Provate dolore durante i rapporti? |  |  |
| Provate dolore al coccige? Avete avuto incidenti che abbiano coinvolto il coccige? |  |  |
| Avete tendenza ai dolori lombari (tipo sciatica)?Da quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **NEL POST PARTUM LE DOMANDE SONO LE STESSE ED IN PiÙ :** |
| Avete subito un’epifisiotomia, una lacerazione, punti di sutura?Se sì, quanti?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Il parto è stato molto violento a livello del perineo? |  |  |
| Si è ricorso a forcipe, o ad altri strumenti per estrarre il bambino, che hanno spinto sull’addome? |  |  |
| Avete avuto bisogno di manovre particolari per l’espulsione della placenta? |  |  |
| La vostra sessualità si è modificata in ragione dei cambiamenti fisici della regione perineale (dolore, perdita di sensibilità, riduzione del piacere, ecc…) |  |  |