

9.3.2021

אנמנזה ותשאול מטופל/ת

עבודה זו נערכה במסגרת קורס רצפת אגן 2021, מטרתה להקנות כלים נוחים לביצוע אנמנזה מלאה של מטופליכם.

שאלון זה מיוחס למטפל בלבד על מנת לקבל את מירב הידע רלוונטי.

השאלות בנויות בתצורת כן/לא, אופציות להרחבה יתרה והקפת תשובות רלוונטיות.

מקוות שכלי זה יועיל לכולנו 😊

מגישות: דנה פריידנזון, ליאת ברגר, נטע תמיר

במסגרת קורס רצפת אגן 2021, העמותה לקידום הפיזיותרפיה

שאלון כללי:

פרטים אישיים:

- גיל:
- מין:
- מצב משפחתי:
- מקצוע:
- מגורים ותנאי מגורים:

תלונות המטופל/ת:

- מה הסיבה שהגעת לטיפול ומה הגורמים לה לדעתך?

- מתי הופיעו הסימפטומים? האם לדעת היה אירוע שקרה בסמוך להופעתם?

- איך התפתחו הסימפטומים עד היום?

- האם ישנן תלונות נוספות במערכת השתן / העיכול / הגיניטליה?

- כמה הבעיה מפריעה למטופל

- **בהתאם לתשובות נא לעבור לשאלונים הרלוונטיים (גניטלי / אורולוגי / אנורקטלי)

היסטוריה רפואית:

- האם סובלת ממחלות כרוניות שיכולות להשפיע?
(לדוגמא: ראומטולוגיות / אנדומטריוזיס / IBS / כאב אגני כרוני / חרדות / דכאון / פיברומיאלגניה / מחלות ריאה / אלרגיה / סכרת / בעיות נוירולוגיות / ממאירות / בעיות אורטופדיות באזור) אחר:

- האם לוקחת תרופות באופן קבוע או משתמשת באמצעי מניעה? כן/לא
פרט:

- ניתוח/ פרוצדורות רפואיות?

- האם עברת טיפולי רצפת אגן קודמים? איזה? האם הועילו?

- תוצאות בדיקות רפואיות ובדיקות מעבדה

- הרגלי פעילות גופנית:
- הרגלי עישון- שנות קופסא:

עבר מילודתי:

- כמה הריונות היו לך? תאריך האחרון

- כמה ילדים?

- מהן סוגי הלידות שחווית? (מכשירנית / חטופה / רגילה / עכוז / קיסרי / אפידורלי)

- האם היו אפיזיטומיות / קרעים (חתכים)? כן/לא
פרט:

- משקל העובר הגבוה ביותר?

- שלב שני ממושך? זמן לחיצות ממושך?

- האם מניקה? כן/לא

שאלות לתלונות מיניות:

צניחות :

- האם הגעת לטיפול בשל הפניית הרופא? כן/לא, אחר

- האם את סובלת מכובד בנרתיק / כאבים / תחושה גוש / בליטה בין הרגליים? כן/לא
אם כן:
- האם מפריע לפעילות כלשהי? כן/לא
פרטי:
- *האם מרגישה משהו שונה בשבעה נקיים? כן/לא
פרטי:
- האם מרגישה שינוי של הסימפטומים במצבים מסוימים? בזמן מחזור? כן/לא
פרטי:
- האם טופלת בעבר? הוצעו פתרונות נוספים בעבר? יש משהו שמקל עליך? כן/לא
פרטי:
- האם פעילה מינית? כן/לא
אם כן:
- האם קיים איזה שהוא קושי? כן/לא
פרטי:

כאבים ומיניות :

- האם יש בעיות גניקולוגיות ידועות? כן / לא
פרטי:

- האם את סובלת מכאבים בנרתיק? קרה בעבר? כן/לא
אם כן:
- האם מצליחה להחדיר טמפון? כן/לא
- האם מצליחה להיבדק אצל גניקולוגים? כן/לא
- תתארי מה את מרגישה:

- אם מרגישה יובש / גרד / אודם / התנפחות / צריבה באזור הנרתיק:
- האם בדקת אצל רופא? עברת תרבות נרתיקית? כן/לא
- האם מקיימת יחסי מין? בן זוג קבוע? כן/לא
- האם את מגבילה את עצמך בעקבות הכאבים? כן/לא
פרטי:
- האם סובלת מכאבים בקיום יחסי המין? כן/לא, מהי עוצמת הכאב בין 0-10? _____
- אם כן- איפה כואב? עמוק/ חיכוך שטחי/ בכניסה לנרתיק?, פרטי: _____
- איזה סוג כאב מרגישה? (שורף / חד / נייר זכוכית / צורב / לוחץ) כמה זמן נמשך?
פרטי: _____
- האם יש חשק מיני? האם השתנה לאחרונה? כן/לא
פרטי: _____
- האם חווית טראומה מינית או אחרת? כן/לא
אם כן:
- איך את מתמודדת עם זה היום?
פרטי: _____
- איך הפגיעה יכולה להשפיע על תגובתך לטיפול?
פרטי: _____
- איך אפשר לעזור לך?
פרטי: _____

- ממה את מעדיפה להימנע בטיפול?

פרטי:

כן/לא

• האם הסתכלת על עצמך למטה בעבר?

כן/לא

• האם טופלת בעבר בנושא זה? אילו אנשי מקצוע פגשת?

פרטי:

שאלות לתסמינים אנורקטליים:

- תלונת המטופל/ת: דליפה/כאבים/עצירות/אחר: _____
- זמן הופעת הסימפטומים: _____ ימים/חודשים/שנים
- בעיות רקע: טחורים/פיסורה/דימום/מחלת מעי/פגיעה נוירולוגית/צניחת רקטום/גידולים באזור/אחר: _____
- פרטי: _____
- ניתוחי עבר/פרצודורות הקשורות: _____ כן/לא
- פרטי: _____
- אחת לכמה זמן את מתרוקנת? – _____ ביום/ _____ בשבוע
- מרקם צואה בעת ההתרוקנות : מוצק/נוזל/ריבוי גז
- הרגלי השתייה _____
- פרטי: _____
- האם צורכת/סיבים או תוספי מזון: אם כן איזה: _____
- פרטי: _____

דליפות :

- דליפה של: גז/נוזל/מוצק
- SOILING:
- מתי דולף: ספונטני/במאמץ/אחר: _____
- האם יש שימושי במוצרי ספיגה: כן/לא במידה וכן, כמה החלפות ביום: _____
- תחושת צורך להתרוקן: _____ כן/לא
- האם יש הבחנה בין גז/נוזל/מוצק: _____ כן/לא
- האם ניתן להתאפק/לשלוט: _____ כן/לא

עצירות :

- האם מתרוקן לפחות אחת לשלושה ימים: כן/לא במידה ולא, כמה ימים: _____
- האם יש תחושת קושי/מאמץ במהלך ההתרוקנות: _____ כן/לא
- האם יש משהו שעוזר בהתרוקנות? לחיצה/דיגיטציה/שינוי תנוחה אחר: _____
- כמה זמן נמצאת/בשירותים במהלך התרוקנות: _____
- האם מתאפקת/הרבה: _____ כן/לא
- במידה וכן פרטי: _____
- האם היו שינויים בתזונה לאחרונה: _____ כן/לא
- במידה וכן פרטי: _____
- האם הבעיה גורמת למטופל/ת להגבלות בחיי היום יום: _____ כן/לא
- במידה וכן פרטי: _____

שאלות לתסמינים אורולוגיים:

דליפת שתן :

- באיזה תנועה / תפקוד מתרחשת דליפה?
פרטי: _____
- אם במאמץ: מה זה מאמץ מבחינתך?
פרטי: _____
- מתרחש מיד בפעילות או אחריה?
האם קורה גם בזמן עיטוש / שיעול ?
כן/לא
- באיזו תדירות? _____ בשבוע / _____ ביום
- באיזו כמות? (טיפות/הרטבה קלה/ הרטבה מרובה)
פרטי: _____
- משתמשת בפדים? מגני תחתון? חיתול?
אם כן כמה פעמים מחליפה ביום?
האם מצליחה לעצור את הדליפה לפעמים? איך את שולטת בה?
פרטי: _____
- האם הדליפה מונעת ממך פעילויות מסוימות? האם את מגבילה את עצמך?
פרטי: _____
- האם את דואגת להתרוקן לפני פעילות?
כן/ לא
- האם זה קורה רק על שלפוחית מלאה? או גם זמן קצר אחרי שהתרוקנת?
פרטי: _____

שלפוחית רגיזה- OAB, דחיפות- URGE, תכיפות- FREQUENCY :

- כמה פעמים ביום את הולכת לשירותים?
כמה זמן את מסוגלת להתאפק? תוך כמה זמן צריכה להגיע לשירותים
פרטי: _____
- האם זה קורה גם ביום וגם בלילה?
כן/לא
- במידה וכן פרטי: _____
- באיזה מצבים זה קורה? האם בסיטואציות קבועות?
פרטי: _____
- האם יש דליפת שתן כשמרגישה דחיפות?
כן/ לא
- כמות שתייה? מתי שותה? סוג השתייה?
פרטי: _____
- מיקום השירותים לעומת מיקומה (בעיקר בלילה)?
פרטי: _____
- מידת הלחץ שחווה ביום-יום? מהי אפשרות ההליכה לשירותים במהלך העבודה?
פרטי: _____
- האם הדחיפות/תכיפות מונע ממך פעילויות מסוימות? האם את מגבילה את עצמך?
פרטי: _____