

## FICHA DE AVALIAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO EM GESTANTES

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Contato para emergência: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE

Q.P: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

H.D.A: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PESSOAIS

( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Asma ( ) Anemia ( )

Dispneia ( ) Hipotensão ( ) Cirurgias Prévias: ( ) Não ( ) Sim, qual (is) \_\_\_\_\_

Distúrbios circulatórios: ( ) Não ( ) Sim, qual (is) \_\_\_\_\_

Distúrbios endócrinos: ( ) Não ( ) Sim, qual (is) \_\_\_\_\_

Distúrbios emocionais: ( ) Não ( ) Sim, qual (is) \_\_\_\_\_

Uso de medicamento: ( ) Não ( ) Sim, qual (is) \_\_\_\_\_

Tempo de uso: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Complicação na gestação anterior

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Cesário ( ) Vaginal ( ) episiotomia ( ) Fórceps ( ) Laceração

Tempo da última gestação: \_\_\_\_\_ Disfunções do assoalho pélvico e

sintomas urinários e fecais: \_\_\_\_\_ Micção ao dia: \_\_\_\_\_

Evacuação ao dia: \_\_\_\_\_ ( ) Prolapso de órgãos pélvicos ( ) Incontinência Urinária

( ) Incontinência Fecal Idade da menarca: \_\_\_\_ Menstruação: ( ) regular ( ) irregular

( ) Nulípara ( ) Primípara ( ) Multípara Número de gestações: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ Preferência do Parto: \_\_\_\_\_

Gestação de risco: ( ) Não ( ) Sim Altura: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Peso antes da gestação: \_\_\_\_\_ Peso durante a gestação -

Início: \_\_\_\_\_ 15 semanas: \_\_\_\_\_ 25 semanas: \_\_\_\_\_ 32 semanas: \_\_\_\_\_ 38 semanas: \_\_\_\_\_

Realiza acompanhamento nutricional: ( ) Não ( ) Sim Hábitos alimentares: \_\_\_\_\_

Atividade física: ( ) Não ( ) Sim, qual (is) \_\_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_\_

Atividade Sexual: ( ) Não ( ) Sim, Freq.: \_\_\_\_\_

Motivos da não atividade sexual: \_\_\_\_\_

Frequência da AS antes da gestação: \_\_\_\_\_

( ) dispaurenia ( ) anorgasmia ( ) Vaginismo ( ) Vulvodinia

Dor nas relações sexuais: ( ) Não ( ) Sim Dor na sínfise púbica: ( ) Não ( ) Sim

Dor na região lombopélvica: ( ) Não ( ) Sim

( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Asma ( ) Infecção urinária

( ) Azia ( ) Constipação intestinal ( ) Náuseas ( ) câimbras ( ) Dispneia ( ) Hipotensão

( ) Incontinência fecal Incontinência Urinária ( ) Não ( ) Sim

( ) Incontinência Urinária de Esforço ( ) Incontinência Urinária de Urgência

( ) Incontinência Urinária Mista

Complicação na gestação

---

## EXAMES COMPLEMENTARES:

---

## AVALIAÇÃO POSTURAL:

Estática

Vista Anterior: \_\_\_\_\_

Vista Lateral: \_\_\_\_\_

Vista Posterior: \_\_\_\_\_

Avaliação da Marcha

---

## INSPEÇÃO

Litotomia ( ) Litotomia Modificada ( )

Coloração da pele: ( ) rosácea ( ) esbranquiçada ( ) hiperêmica ( ) úmida ( ) seca

( ) brilhante Cicatriz: ( ) Não ( ) Sim, ( ) episiotomia ( ) fístula ( ) queleide ( ) ferida

( ) tecido fibroso ( ) assadura ( ) aderência ( ) fissuras Laceração: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV

( ) secreção vaginal ( ) odor ( ) processo infeccioso ( ) inflamação ( ) varizes pélvicas

Prolapsos de órgão pélvico vaginal: ( ) Não ( ) Sim, ( ) 0 ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV

Hemorroida: ( ) Não ( ) Sim, ( ) interna ( ) externa ( ) mista

Atrofia vulvar: ( ) Não ( ) Sim Grandes lábios: ( ) Simétrico ( ) Assimétrico

Pequenos lábios: ( ) Simétrico ( ) Assimétrico Tumeção: ( ) Não ( ) Sim, lateral direita ( ) lateral esquerda ( )

## PALPAÇÃO VAGINAL

Método ( ) Unidigital ( ) Bidigital

Temperatura: há calor ( ) Não ( ) Sim Sensibilidade: ( ) Presente ( ) Aumentada

( ) Diminuída ( ) Ausente Relaxa totalmente após a contração: ( ) Não ( ) Sim

Hipertonia muscular: ( ) Não ( ) Sim Manobra de valsava: ( ) Não ( ) Sim

Controle Muscular: capacidade de contrair/relaxar ( ) Total ( ) Parcial

Resistência e repetições: ( ) Não ( ) Sim

Resistência Seg. \_\_\_\_\_ Repetições N° \_\_\_\_\_

## COORDENAÇÃO

Contração voluntária da MAP: ( ) Não ( ) Sim

Uso da musculatura acessória: ( ) Não ( ) Sim, qual(is) \_\_\_\_\_

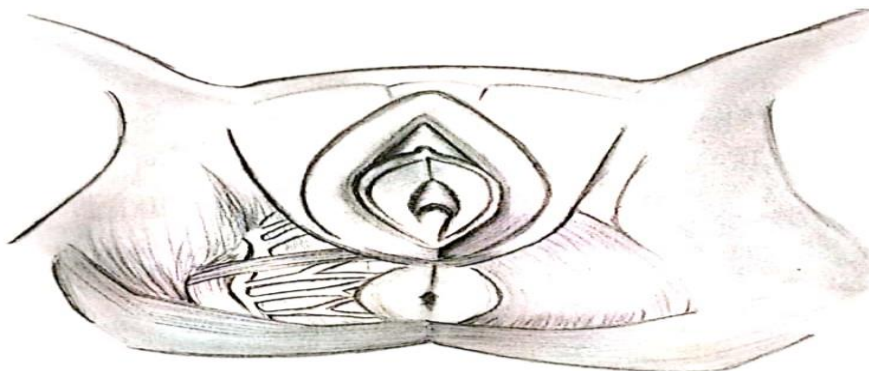
Apneia Pré-contração durante o reflexo da tosse: ( ) Presente ( ) Ausente

Outras informações:

---

---

## PALPAÇÃO MUSCULAR - TRIGGER POINTS



Observações:

Palpação externa

---

---

Palpação Interna

---

---

## ESCALA DE PERFECT

P	Contração voluntária máxima- Oxford	F.
E	Resistência – tempo	Seg.
R	Repetição	N°
F	Número de contrações	N°
E	Contração Cronometrada completa	T.
C		
T		

LAYCOCK; JERWOOD, 2001

## CONTRAÇÃO PERINEAL - ESCALA DE OXFORD

Posição em Litotomia

0	Ausência de contração	( )
1	Esboço de contração	( )
2	Contração fraca	( )
3	Contração moderada	( )
4	Contração normal	( )
5	Contração forte	( )

Método ( ) Unidigital ( ) Bidigital

LAYCOCK: JERWOOD, 2001.

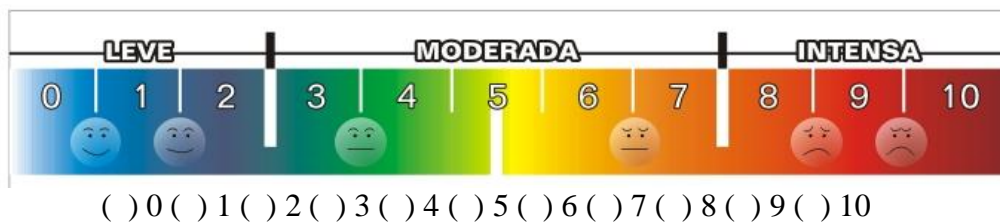
Posição em Ortostatismo

0	Ausência de contração	( )
1	Esboço de contração	( )
2	Contração fraca	( )
3	Contração moderada	( )
4	Contração normal	( )
5	Contração forte	( )

Método ( ) Unidigital ( ) Bidigital

LAYCOCK: JERWOOD, 2001.

## ESCALA DE EVA – Dor Lombopélvica



## DIAGNOSTICO FISIOTERAPÊUTICO

---

---

## OBJETIVOS

---

---

---

---

## CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA

---

---

---

---

---

## AVALIADOR

---