



<http://www.pelvicorganprolapsesupport.org>

POP-RFQ

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA O PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Sintomas na região pélvica, vaginal ou retal, que estejam presentes por pelo menos 3 meses, podem ser indicativos de prolapso dos órgãos pélvicos. Se você sentir que pode estar apresentando sintomas de prolapso dos órgãos pélvicos, imprima este questionário, responda às perguntas e leve-o ao seu ginecologista ou clínico geral para análise. Circule a resposta aplicável.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Você já teve pelo menos um parto vaginal? Se sim, nº de partos: | Sim | Não |
| 2. O parto foi longo, com uso de fórceps, ou sucção? | Sim | Não |
| 3. Você sente ou vê tecidos saindo da sua vagina? | Sim | Não |
| 4. Você está na menopausa? | Sim | Não |
| 5. Você perde urina quando espirra, tosse ou ri? | Sim | Não |
| 6. Você tem dificuldade em iniciar o fluxo de urina? | Sim | Não |
| 7. Você já alguma vez teve perda involuntária de fezes? | Sim | Não |
| 8. Você tem experienciado constipação crônica há mais de um ano? | Sim | Não |
| 9. Você levanta peso em casa ou no trabalho (incluindo crianças acima de 15 kg)? | Sim | Não |
| 10. Você corre, participa em maratonas ou em atividades de levantamento de peso? | Sim | Não |
| 11. Você foi submetida à histerectomia? | Sim | Não |
| 12. Você tem tosse crônica devido à alergias ou problemas pulmonares? | Sim | Não |
| 13. Você tem dificuldade em manter um absorvente interno bem inserido? | Sim | Não |
| 14. Você sente dor pélvica, de coluna, retal ou vaginal? | Sim | Não |
| 15. Você sente pressão na região vaginal ou retal? | Sim | Não |
| 16. Você sente dores na relação sexual? | Sim | Não |
| 17. Você nota diminuição de sensação sexual? | Sim | Não |
| 18. Você tem hiper mobilidade articular? | Sim | Não |

**** Este questionário não substitui a avaliação ou tratamento realizado por um profissional de saúde. Por favor, consulte o seu médico sobre quaisquer questões de saúde. ****