FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – UROGINECOLOGIA

Matéria:	**Período:**
Acadêmico(a):	
Supervisor(a) responsável:	
Data de início das avaliações:	**Data da reavaliação:**

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:			**Data de nascimento:**
Idade:	**Gênero:**	**Estado civil:**	**Etnia:**
Escolaridade:		**Profissão:**	
Telefone:		**E-mail:**	
CPF:		**Data da avaliação:**	

2. QUEIXA PRINCIPAL E HISTÓRIA

Queixa principal: (nas palavras da paciente)

História da doença atual:

História pregressa: (cirurgias abdominopélvicas, infecções urinárias, outras condições, com datas)

3. FATORES PESSOAIS E HÁBITOS DE VIDA

Exercício físico (tipo e frequência):

Tabagista: ( ) Não ( ) Sim. Maços por dia: ____
Etilista: ( ) Não ( ) Socialmente ( ) Frequentemente

4. DOENÇAS ASSOCIADAS

( ) Ginecológica ( ) Proctológica ( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Ortopédica
( ) Oncológica ( ) Psiquiátrica ( ) Neurológica ( ) Outra:

Quais e há quanto tempo:

5. MEDICAMENTOS

( ) Não usa ( ) Anticoncepcional ( ) Terapia de reposição hormonal ( ) Outros (tabela abaixo)

Medicamento e dose	Posologia	Indicação para esta paciente

6. HISTÓRIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Gestações (G):	**Partos normais (PN):**	**Cesáreas (C):**	**Abortos (A):**
( ) Fórceps ( ) Episiotomia ( ) Laceração perineal			
Idade dos filhos:			
Período reprodutivo: ( ) Sim ( ) Não **Menopausa:** ( ) Sim ( ) Não. Desde: ____			

6. HISTÓRIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Sintomas da menopausa:

Observações:

7. SINTOMAS SEXUAIS

Vida sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não
( ) Vaginal ( ) Anal ( ) Masturbação
( ) Baixa libido ( ) Baixa excitação ou lubrificação ( ) Anorgasmia
Durante a relação: ( ) Desejo de urinar ( ) Perda urinária ( ) Desejo de evacuar ( ) Perda de fezes ou flatos

8. DOR GÊNITO-PÉLVICA E À PENETRAÇÃO

( ) Dispareunia ( ) Anodispareunia. Se sim: ( ) Superficial ( ) Profunda
( ) Vaginismo ( ) Dor vulvar ou vulvodínia ( ) Sem dor

Escala Visual Analógica (EVA): de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável) (Martinez; Grassi; Marques, 2011). A paciente indica o número.

	Pré (__/__)	**Pós (__/__)**
Intensidade da dor (EVA, 0 a 10)		
Localização e em que momento ocorre		

9. HISTÓRICO SEXUAL

( ) Sem histórico de abuso ( ) Histórico de abuso. Se sim: ( ) Atual ( ) Anterior

Observações: (registre só o necessário para o cuidado)

10. SINTOMAS URINÁRIOS

IUE = incontinência urinária de esforço; IUU = de urgência; IUM = mista.

Incontinência urinária: ( ) Não ( ) Sim. Tipo: ( ) IUE ( ) IUU ( ) IUM. Perda em: ( ) Jato ( ) Gotas
Micções por dia (média): ____ Aumentou? ( ) Sim ( ) Não
( ) Urgência ( ) Noctúria: ____ vezes por noite
Situações de perda: ( ) Tosse ( ) Espirro ( ) Risada ( ) Sem perceber ( ) Outras: ____
Gravidade percebida: ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Grave
( ) Disúria ( ) Hesitação ( ) Sensação de esvaziamento incompleto ( ) Esforço para urinar
( ) Fluxo contínuo ( ) Fluxo intermitente ( ) Gotejamento pós-miccional ( ) Enurese ( ) Hematúria
Cateterismo: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Intermitente ( ) De demora

Outros:

11. SINTOMAS INTESTINAIS

Incontinência anal: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Flatos ( ) Fezes líquidas ( ) Fezes sólidas ( ) Escape (soiling)
Tipo de fezes na Escala de Bristol (1 a 7): ____
Constipação pelos critérios de Roma IV (Anexo D): ( ) Não ( ) Sim ( ) Anismo
Laxante: ____ **Enema:** ____ **Diarreia:** ( ) Não ( ) Sim. Frequência: ____

Escala de Bristol (Martinez; Azevedo, 2012):
Tipo 1: pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difíceis de sair). Tipo 2: formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas. Tipo 3: formato de linguiça com rachaduras na superfície. Tipo 4: alongada, com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia. Tipo 5: pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair). Tipo 6: massa pastosa e fofa, com bordas irregulares. Tipo 7: totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Observações:

11. SINTOMAS INTESTINAIS

12. SINTOMAS DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Sensação de "bola" saindo pela vagina: ( ) Não ( ) Quase nunca ( ) Ao fazer esforço físico ( ) Sempre
Peso ou dor no baixo ventre: ( ) Não ( ) Sim
Manobra digital para urinar ou evacuar: ( ) Não ( ) Sim
Uso de pessário: ( ) Não ( ) Sim

13. HÁBITOS ALIMENTARES, DE BANHEIRO E DE HIGIENE

Consumo de irritantes vesicais: ( ) Café e bebidas com cafeína ( ) Adoçantes ( ) Refrigerantes ( ) Chá preto ( ) Pimenta ( ) Condimentos ( ) Corantes ( ) Chocolate ( ) Frutas e sucos ácidos
Ingesta hídrica diária (mL): ____

Quantidade e frequência dos irritantes:

Urina "por precaução", antes de ter vontade: ( ) Não ( ) Sim
Medo de perder urina: ( ) Não ( ) Sim
Posição para urinar: ( ) Sentada ( ) Agachada, sem encostar no vaso ( ) Em pé
Posição para evacuar: ____ **Usa banqueta para os pés:** ( ) Não ( ) Sim

Higiene da região genital depois de urinar e de evacuar:

Observações:

14. DIAGNÓSTICO MÉDICO

Diagnóstico médico e CID:

Outras condições de saúde:

15. FATORES PSICOLÓGICOS

Estilo de vida e rotina:

Como lida com o problema e que estratégias usa para diminuir o desconforto:

Atividades que evita por causa do problema:

Fisioterapia anterior para esta queixa (quando e o que foi feito):

16. FATORES AMBIENTAIS

DIU: ( ) Não ( ) Sim. Qual: ____
Marcapasso ou implantes metálicos: ( ) Não ( ) Sim: ____
Órteses ou próteses: ____ **Sonda:** ____
Protetor diário ou absorvente: ( ) Não ( ) Sim. Motivo: ____ Trocas por dia: ____

17. ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

Limitação ou restrição em: ( ) AVD ( ) Cuidado pessoal ( ) Tarefas domésticas ( ) Cuidar da casa e ajudar os outros
Mobilidade: ( ) Mudar e manter a posição do corpo ( ) Andar e mover-se ( ) Carregar, mover e manusear objetos
Áreas principais da vida: ( ) Educação ( ) Trabalho ou emprego ( ) Atividades sociais

Observações:

18. SINAIS VITAIS E ANTROPOMETRIA

PA (mmHg):	**FC (bpm):**	**FR (irpm):**
Peso (kg):	**Altura (m):**	**IMC (kg/m²):**

19. INSPEÇÃO POSTURAL ESTÁTICA E DINÂMICA

Vista lateral:

Vista posterior:

Marcha:

Mobilidade pélvica:

20. INSPEÇÃO DO APARELHO GENITURINÁRIO

Aspecto da vulva:

Pele: ( ) Normal ( ) Lesão ( ) Mancha ( ) Nódulos ( ) Assadura
Coloração: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Avermelhada
Cicatriz: ( ) Não ( ) Episiotomia ( ) Laceração. Se houver: ( ) Fibrose ( ) Aderência ( ) Dor. Localização: ____
Secreção: ( ) Não ( ) Sim. Cor: ____ **Odor:** ( ) Ausente ( ) Fétido
Trofismo vaginal: ( ) Trófica ( ) Atrófica ( ) Fissura ( ) Ressecamento
Esfíncter anal: ( ) Sem alteração ( ) Fissura ( ) Hemorroida ( ) Plicoma
Corpo perineal: ( ) Sem alteração ( ) Abaulado ( ) Não visualizado
Introito vaginal: ( ) Normal ( ) Estreito ( ) Aumentado ( ) Prolapso evidente em repouso
Reflexos: ( ) Cutâneo-anal ( ) Clitoridiano ( ) Da tosse
Contração voluntária à inspeção (controle simples dos MAP): ( ) Ausente ( ) Presente

Observações:

21. PALPAÇÃO

Palpação: ( ) Unidigital ( ) Bidigital
Sensibilidade: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Diminuída ( ) Aumentada
Teste do cotonete: ( ) Negativo ( ) Vulvodínia localizada ( ) Vulvodínia generalizada
Pontos dolorosos (trigger points): ( ) Não ( ) Sim (tabela abaixo)

21. PALPAÇÃO

Relógio perineal, conforme o formulário da disciplina. Camada superficial: 12h púbis; 1h e 11h isquiocavernoso; 2h e 10h bulbocavernoso; 3h e 9h transverso superficial do períneo; 4h e 8h pubococcígeo; 5h e 7h isquiococcígeo; 6h corpo perineal.
Camada profunda: 1h e 11h puborretal; 1h e 5h, 7h e 11h pubococcígeo; 2h e 3h, 9h e 10h iliococcígeo; 3h e 9h isquiococcígeo (requer inserção digital mais profunda).

Posição (hora)	Camada	Músculo	Dor (EVA)	Irradiação

22. TÔNUS DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO (MAP)

Tônus de repouso (Dietz; Shek, 2008): 0 = músculo não palpável. 1 = palpável, mas muito flácido; hiato vaginal largo; resistência mínima à palpação. 2 = hiato largo, mas os músculos oferecem alguma resistência. 3 = hiato levemente estreito; leve resistência, mas cedem facilmente. 4 = hiato estreito; alta resistência, mas cedem à palpação, sem dor. 5 = hiato muito estreito; resistência muito alta, como palpar madeira; dor possivelmente presente (vaginismo).

	Pré (__/__)	Pós (__/__)
Tônus de repouso (0 a 5)		
Impressão clínica: normal, aumentado ou diminuído		
Simetria (se assimétrico: lado e se aumentado ou diminuído)		

23. FUNÇÃO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Escala de Oxford modificada (Laycock; Jerwood, 2001): 0 = ausência de resposta muscular. 1 = esboço de contração não sustentada. 2 = contração de pequena intensidade, mas que se sustenta. 3 = contração moderada, com aumento de pressão no dedo do examinador e pequena elevação da parede vaginal no sentido cranial. 4 = contração satisfatória, que comprime o dedo do examinador em direção à sínfise púbica. 5 = contração forte, com compressão firme dos dedos do examinador e movimento positivo em direção à sínfise púbica.
Esquema PERFECT (Laycock; Jerwood, 2001): P = força da contração voluntária máxima (Oxford modificada). E = tempo de sustentação, em segundos, mantendo o grau de P. R = número de contrações mantendo P pelo tempo de E, com 4 s de intervalo. F = número de contrações rápidas mantendo P. E = elevação da parede vaginal no sentido cranial. C = contração de músculos acessórios durante a contração máxima. T = pré-contração antes do esforço (tosse).

Esquema PERFECT	Pré (__/__)	Pós (__/__)
P: força (Oxford modificada, 0 a 5)		
E: sustentação (s)		
R: repetições sustentadas		
F: contrações rápidas		
E: elevação da parede vaginal (sim ou não)		
C: músculos acessórios (sim ou não)		
T: contração antes da tosse (sim ou não)		

Avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) (Contreras Ortiz; Coya Nuñez; Ibañez, 1994): 0 = sem função perineal objetiva, nem à palpação. 1 = função perineal objetiva ausente, reconhecível somente à palpação. 2 = função perineal objetiva débil, reconhecível à palpação. 3 = função perineal objetiva, sem resistência opositora à palpação. 4 = função perineal objetiva e resistência opositora não mantida à palpação. 5 = função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos.
Contração perineal à palpação digital, conforme o formulário da disciplina: 0 = ausência de contração. 1 = contração leve. 2 = contração moderada, não sustentada por mais de 5 segundos. 3 = contração normal, sustentada por mais de 5 segundos.

23. FUNÇÃO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO		
AFA (0 a 5)		
Contração perineal à palpação (0 a 3)		
Controle voluntário complexo. Músculos acessórios: ( ) Não ( ) Sim: ( ) Glúteos ( ) Adutores ( ) Abdominais superficiais (reto do abdome) **Apneia durante a contração:** ( ) Não ( ) Sim **Relaxamento dos MAP:** ( ) Completo ( ) Incompleto ou lento		
Conclusão:		
Conclusão pós-tratamento:		

24. PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS		
Classificação de Baden-Walker (Baden; Walker, 1972): grau 0 = sem prolapso. 1 = desce até a metade da distância entre o local de origem e a carúncula himenal. 2 = chega à carúncula himenal, sem ultrapassá-la. 3 = ultrapassa parcialmente a carúncula. 4 = ultrapassa a carúncula em todo o seu conteúdo.		
( ) Ausente ( ) Presente (graduar abaixo)		
Compartimento (grau 0 a 4)	**Pré (__/__)**	**Pós (__/__)**
Parede anterior		
Parede posterior		
Apical		

25. EXAMES COMPLEMENTARES	
Estudo urodinâmico. Entre parênteses, os valores de referência do formulário da disciplina.	
Parâmetro	**Resultado**
Urofluxometria: volume urinado (150 a 500 mL)	
Fluxo máximo, Qmáx (12 a 40 mL/s)	
Resíduo pós-miccional (alterado se > 50 mL)	
Sensibilidade vesical (normal, aumentada, diminuída, ausente ou dolorosa)	
Complacência vesical (30 a 55 mL/cmH2O)	
Capacidade vesical (300 a 500 mL)	
Perda urinária aos esforços (sim ou não)	
Hiperatividade detrusora (> 15 cmH2O)	
Pressão do detrusor no estudo fluxo-pressão (20 a 60 cmH2O)	
Data e laudo do estudo urodinâmico:	
Outros exames (data, tipo e resumo do laudo):	

26. TESTES E QUESTIONÁRIOS			
Pad test de 1 hora (Krhut *et al.*, 2014): aumento de peso do absorvente de 1 a 10 g = incontinência leve; 11 a 50 g = moderada; mais de 50 g = grave. Até 1,4 g pode ser suor ou secreção vaginal.			
Teste ou questionário	**Pré (__/__)**	**Pós (__/__)**	**Interpretação**
Pad test de 1 hora (g) (Anexo E)			

26. TESTES E QUESTIONÁRIOS			
Teste de perda ao esforço (positivo ou negativo; posição)			
ICIQ-SF (0 a 21) (Anexo A)			
Diário miccional: micções por dia (média de 3 dias, Anexo B)			
Diário miccional: noctúria (vezes por noite)			
Diário miccional: perdas por dia			
Diário miccional: ingesta hídrica (mL por dia)			
Absorventes por dia			
Escala de Bristol: tipo predominante (Anexo C)			
Critérios de Roma IV (Anexo D)			
Conclusão:			
Conclusão pós-tratamento:			

27. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO
Avaliação inicial: (estruturas comprometidas, deficiências, limitações, restrições e necessidades de prevenção)
Pós-tratamento (__/__/____):

28. CIF – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE				
Qualificadores da CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003): 0 = nenhuma deficiência ou dificuldade (0 a 4%); 1 = leve (5 a 24%); 2 = moderada (25 a 49%); 3 = grave (50 a 95%); 4 = completa (96 a 100%); 8 = não especificada; 9 = não aplicável. Fatores ambientais: barreira com ponto (ex.: e150.2) e facilitador com sinal de mais (ex.: e310+2). Fatores pessoais não têm código nem qualificador.				
Componente	**Código e categoria**	**Achado da avaliação (com o número do teste)**	**Qualif. pré**	**Qualif. pós**
Funções do corpo (b)				
Estruturas do corpo (s)				
Atividades e participação (d)				

28. CIF – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE				
Fatores ambientais (e)				
Fatores pessoais:				

29. OBJETIVO SMART	
S – Específico	
M – Mensurável	
A – Alcançável	
R – Relevante	
T – Temporal	
Situação na reavaliação	
Situação na reavaliação: atingido, parcialmente atingido ou não atingido, com os números de antes e depois.	

30. OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS		
Curto prazo	**Médio prazo**	**Longo prazo**

31. PLANO DE TRATAMENTO		
Frequência (vezes por semana):	**Duração da sessão (min):**	**Período:**
Conduta	**Objetivo**	**Parâmetros (posição, séries, repetições, tempo, carga)**
Critério de progressão:		
Programa domiciliar (o que foi entregue e quando):		
Reavaliação prevista (data e instrumentos):		

32. EVOLUÇÕES DOS ATENDIMENTOS	
Data	**Evolução**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____%

32. EVOLUÇÕES DOS ATENDIMENTOS	
Data	**Evolução**
	Sinais vitais finais: PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**
__/__/____	**Sinais vitais iniciais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Sinais vitais finais:** PA ____ mmHg | FC ____ bpm | SpO2 ____% **Acadêmico(a):**

33. ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

Orientações à paciente (comportamentais, exercícios domiciliares) e encaminhamentos:

34. REFERÊNCIAS

BADEN, W. F.; WALKER, T. A. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 15, n. 4, p. 1048-1054, 1972. DOI: https://doi.org/10.1097/00003081-197212000-00020.

CONTRERAS ORTIZ, O.; COYA NUÑEZ, F.; IBAÑEZ, G. Evaluación funcional del piso pelviano femenino (clasificación funcional). **Bol. Soc. Latinoam. Uroginecol. Cir. Vaginal**, v. 1, p. 5-9, 1994.

DIETZ, H. P.; SHEK, K. L. The quantification of levator muscle resting tone by digital assessment. **International Urogynecology Journal**, v. 19, n. 11, p. 1489-1493, 2008. DOI: https://doi.org/10.1007/s00192-008-0682-z.

DROSSMAN, D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1262-1279.e2, 2016. DOI: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032.

KRHUT, J. *et al.* Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 33, n. 5, p. 507-510, 2014. DOI: https://doi.org/10.1002/nau.22436.

LAYCOCK, J.; JERWOOD, D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. **Physiotherapy**, v. 87, n. 12, p. 631-642, 2001. DOI: https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 583-589, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 4, p. 304-308, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015.

_____ Acadêmico(a)	_____ Supervisor(a)

ANEXOS PARA A PACIENTE PREENCHER

Imprima as folhas que for usar. Os resultados vão para a tabela "Testes e questionários".

ANEXO A – ICIQ-SF (Tamanini *et al.*, 2004)
O ICIQ-SF tem direito autoral do grupo ICIQ (Bristol Urological Institute) e não pode ser reproduzido neste modelo público. O uso em atendimento e em trabalho de estudante é gratuito: peça o questionário na clínica-escola ou faça o cadastro em iciq.net e use a versão em português validada por Tamanini *et al.* (2004), sem mudar nenhuma palavra.
Escore do ICIQ-SF (soma das questões 3 + 4 + 5, de 0 a 21):

ANEXO B – DIÁRIO MICCIONAL (uma folha por dia, 3 dias seguidos)

Dia: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 **Data:** __/__/____

Bebidas: quanto você bebeu e o quê. **Urina:** quanto urinou, em mL (qualquer recipiente medidor serve); se urinou e não mediu, marque um X; se perdeu urina, escreva PERDA. **Absorventes:** marque quando colocou ou trocou. Na coluna do horário, escreva CAMA quando foi deitar e ACORDEI quando acordou.
Sensação da bexiga: 0 = sem vontade, mas urinou por motivo social; 1 = vontade normal, sem urgência; 2 = urgência que passou antes de ir ao banheiro; 3 = urgência, mas chegou ao banheiro sem perder urina; 4 = urgência e não chegou a tempo (perdeu urina).

Horário	Bebida (mL)	Tipo de bebida	Urina (mL) ou PERDA	Sensação (0 a 4)	Absorvente
6h					
7h					
8h					
9h					
10h					
11h					
12h					
13h					
14h					
15h					
16h					
17h					
18h					
19h					
20h					
21h					
22h					
23h					
0h					
1h					
2h					
3h					
4h					
5h					

ANEXO C – DIÁRIO EVACUATÓRIO

Anote toda vez que evacuar: data, horário, o tipo de fezes pela Escala de Bristol (1 a 7, descrita na seção de sintomas intestinais da ficha) e a quantidade.

Data	Horário	Tipo de fezes (Bristol, 1 a 7)	Quantidade: pequena, moderada ou grande

ANEXO D – CRITÉRIOS DE ROMA IV PARA CONSTIPAÇÃO (Drossman, 2016)
Os Critérios de Roma IV e os questionários baseados neles são da Rome Foundation e não podem ser reproduzidos neste modelo público. Consulte os critérios na publicação original (Drossman, 2016), no site theromefoundation.org ou com o supervisor do estágio.
Preenche os critérios de Roma IV para constipação? ( ) Não ( ) Sim

ANEXO E – PAD TEST DE 1 HORA (Krhut *et al.*, 2014)
1. Comece sem esvaziar a bexiga. Coloque um absorvente pesado antes em balança de precisão. 2. Beba 500 mL de água em temperatura ambiente em até 15 minutos, sentada ou deitada. 3. Caminhe por 30 minutos, incluindo subir e descer um lance de escadas. 4. Nos 15 minutos seguintes: sente e levante 10 vezes; tussa forte 10 vezes; corra no lugar por 1 minuto; agache e pegue um objeto pequeno do chão 5 vezes; lave as mãos em água corrente por 1 minuto. 5. Retire e pese o absorvente. Resultado = peso final − peso inicial.
Peso inicial (g):
Peso final (g):
Diferença (g) e classificação: