

Cognome e nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Data ultime mestruazioni ____ / ____ / ____

oppure situazione ormonale (menopausa, pillola, ...) _____

DOLORE (intensità da 0: assente a 10: intollerabile, impedimento alle attività quotidiane)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEDE, se elettiva e specificabile _____

Dolore durante le mestruazioni Sì No

Durante i rapporti Sì No ↑ Mestr.

Durante la defecazione Sì No ↑ Mestr.

Durante la minzione Sì No ↑ Mestr.

DIARREA Sì No ↑ Mestr.

GRAVIDANZE Sì No

Se sì, parto Naturale Cesareo

ABORTI Sì No

Se sì _____ Spont. Provocato

PILLOLA Sì No Quando _____

Se sì, quale? _____ Continua? Con pause?

ALTRI FARMACI Sì No

Se sì, quali? _____

INTERVENTI Sì No

Fotocopie/documentazione Sì No

RECENTI VISITE GINECOLOGICHE Sì No

Fotocopie/documentazione Sì No

Porcia, ____ / ____ / ____

Firma della Paziente (o Tutore)

Timbro e firma del Medico