

Informazioni richieste alla prima Consulenza per sospetta endometriosi

Nome Indirizzo

Cognome Tel/email

Dolore

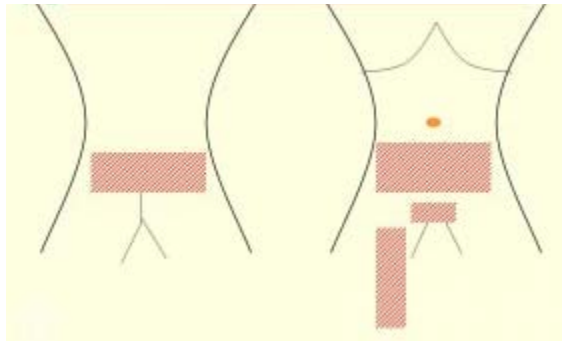
Da Quanto tempo?

Tipo di Dolore :
(0-1-2-3) durante le mestruazione :/3 ;
ogni giorno :/3 ;
durante rapporti :/3

dolore per andare al bagno :/3 ; (*durante le mestruazione*)
dolore durante la minzione :/3. (*durante le mestruazione*):

Sede del Dolore
e
Irradiazione

*segnala sede
del dolore*



dolore nella parte bassa della schiena ?
dolore ipogastrico ?
sulla coscia anteriormente fino al ginocchio,
l'intero arto, sinistro/destro ,
al perineo (ano e vagina)

Altre informazioni

Infertilità

Da Quanto Tempo

Esami eseguiti monitoraggio della ovulazione (ecografia, BBT)
controllo della pervietà tubarica (isterosalpingografia etc)
controllo istofunzionale dell'endometrio (isteroscopia, biopsia endometriale)
controllo della funzione della cervice (postcoital test etc)
spermiogramma

FIVET numero : ; dove ? Risultati ?

Esami : quando e Risultati

Ecografia

Laparoscopia

Urografia

Clisma-opaco

Altri RMN TAC

Interventi chirurgici pregressi per trattare l'Endometriosi ?

Anno _____ Dove _____ Laparoscopia ____ Laparotomia ____
Chirurgo _____ Commento _____