



Questionário para Avaliação de Dor Pélvica

Traduzido por:

Dra. Telma Mariotto Zakka, Prof. Dra. Lin Tchia Yeng, Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira.

Janeiro de 2010

Autorização:

The International Pelvic Pain Society

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:		
© April 2008, The International Pelvic Pain Society		
(205) 877-2950	This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact www.pelvic pain.org	(800)624-9676 (if in the U.S.) Pg 00

Médico: _____

Anamnese e Exame Físico

Data: _____

Este questionário objetiva auxiliar o médico na avaliação do doente com dor pélvica.

Informações e Contatos

Nome: _____ Data Nasc. : _____ RG.: _____
Fone: Trabalho: _____ Res.: _____ Cel.: _____
Nome e Contacto do Médico: _____

Informações sobre sua Dor

Por favor, descreva sua dor (use uma folha adicional se necessário): _____

Em sua opinião o que causa sua dor? _____

Há algum evento que você associa ao início da dor? Sim _____ Não _____ Qual? _____

Há quanto tempo você tem esta dor? _____ anos _____ meses

Favor indicar o nível de sua dor durante o último mês utilizando a escala de 0 a 10, para cada um dos sintomas relacionados abaixo:

0 – sem dor 10 – a pior dor imaginável

Como você avalia sua dor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dor na ovulação (meio do ciclo)											
Dor pré-menstrual											
Dor (diferente de cólicas) antes da menstruação											
Dor profunda durante o ato sexual											
Dor inguinal à mudança de decúbito											
Dor pélvica após ato sexual durando horas/dias											
Dor quando a bexiga está cheia											
Dor articular /muscular											
Cólicas durante a menstruação											
Dor pós-menstrual											
Dor vaginal em queimor após ato sexual											
Dor ao urinar											
Dor lombar											
Enxaqueca											
Dor ao sentar											

Comentários

Informações sobre sua dor

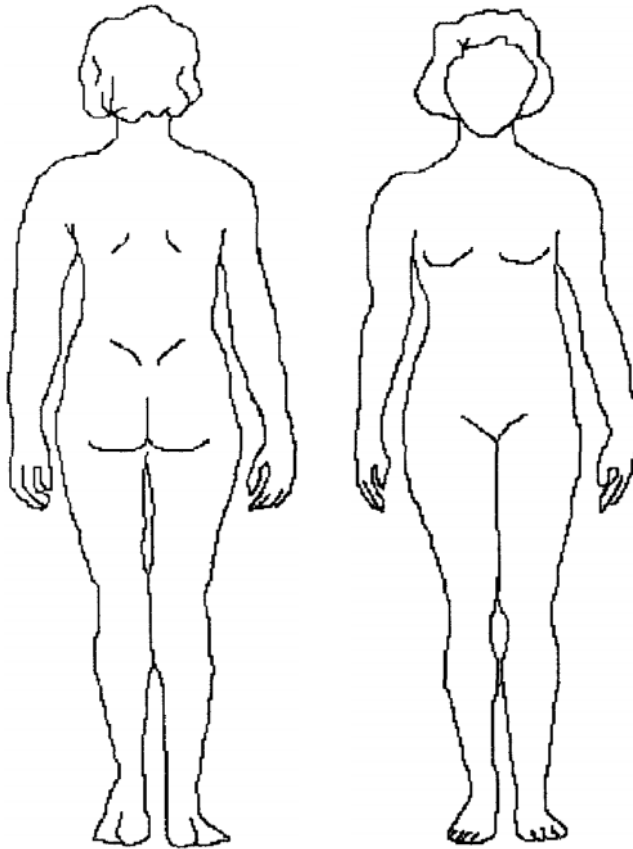
Que tipo de tratamento/médicos você tentou anteriormente para sua dor?

Favor indicar os que se aplicam

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Medicamentos sem prescrição |
| <input type="checkbox"/> Anestésista | <input type="checkbox"/> Gastroenterologista | <input type="checkbox"/> Analgésicos (opióides) |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes | <input type="checkbox"/> Ginecologista | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia |
| <input type="checkbox"/> Antidepressivos | <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Anticoncepcional oral | <input type="checkbox"/> Infiltração de Pontos Gatilho | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Injeção de Toxina Botulínica | <input type="checkbox"/> Reumatologista |
| <input type="checkbox"/> Bloqueio de nervo | <input type="checkbox"/> Lupron, Synarel, Zoladex | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Massagem | <input type="checkbox"/> Urologista |
| <input type="checkbox"/> Danazol | <input type="checkbox"/> Magnetoterapia | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Depo-provera | <input type="checkbox"/> Meditação | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dieta/nutrição | <input type="checkbox"/> Medicamentos naturais | _____ |

Mapa de Dor

Pinte as áreas de dor e enumere sua intensidade, de **1 a 10**, no local da dor (10 = a pior dor imaginável)



Esquerda

Direita

Direita

Esquerda

Dor Vulvar / Perineal

(dor externa e ao redor da vagina e do ânus)

Se você tem dor vulvar, pinte as áreas de dor e enumere sua intensidade, de 1 a 10, no local da dor (10 = a pior dor imaginável)

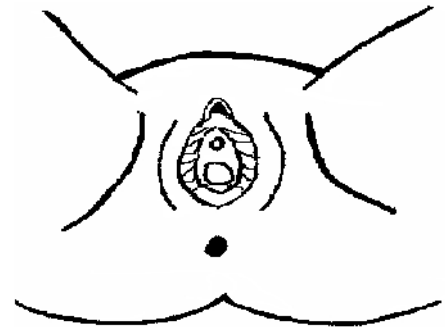
Sua dor melhora quando senta comodamente?

Sim

Não

Direita

Esquerda



Que médicos ou profissionais de saúde avaliaram e/ou trataram sua **dor pélvica crônica**?

<i>Profissionais</i>	<i>Especialidade</i>	<i>Cidade, Estado, Fone</i>

Dados Demográficos
 Você é (marque todas que corresponderem):
 Casado Viúvo Separado Relacionamento estável
 Solteiro Divorciado
 Com quem você vive? _____
 Instrução: < 12 anos Colegial completo
 Superior Pós-graduação
 Formação profissional? _____
 Qual é o seu trabalho? _____

Antecedentes cirúrgicos

Listar todos os procedimentos cirúrgicos realizados, relacionados à dor pélvica:

Ano	Procedimento	Cirurgião	Achados

Listar todos os **outros** procedimentos cirúrgicos:

Ano	Procedimento

Ano	Procedimento

Comentários _____

Medicamentos

Listar os **medicamentos para dor** que você utilizou nos **últimos 6 meses**, e os médicos que os prescreveram (use uma folha adicional, se necessário):

Medicação / dose	Médico	Ajudou?	Medicação atual
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Listar todos os **outros medicamentos** que você está tomando atualmente, a indicação, e o medico que os prescreveu (use uma folha adicional se necessário):

Medicação / dose	Médico	Indicação

Antecedentes Obstétricos
 Quantas vezes ficou grávida? _____
 Total de (G): ____ 9 m. completos Prematuros: _____ Abortos: _____ Filhos vivos: _____
 Houve complicação durante a gravidez, trabalho de parto, parto, ou pós- parto?
 Episiotomia Cesárea Aspiração-Vácuo Hemorragia pós-parto
 Laceração Vaginal Fórceps Outros:

Antecedentes Familiares
 Na sua família há algum caso de: Fibromialgia Dor pélvica crônica Síndrome do intestino irritável
 Depressão Cistite intersticial Outra condição crônica
 Endometriose Câncer, Tipo (s):

Antecedentes Médicos
 Relacione todos os seus problemas de saúde / diagnósticos _____

 Alergias (inclusive ao látex) _____
 Quem é o seu medico primário? _____
 Você já foi hospitalizado por alguma razão além de cirurgias ou parto? Sim Não Quais: _____
 Você sofreu acidente grave, como quedas ou lesão na coluna? Sim Não
 Você já tratou depressão? Sim Não Tratamento: Medicação Hospitalização Psicoterapia
 Contracepção: Nenhuma Pílulas Vasectomia Anel Vaginal Depo-provera
 Condom DIU Histerectomia Diafragma Ligadura tubária
 Outros:

Antecedente Menstrual

Qual a idade da primeira menstruação? _____

Você menstrua atualmente? () Sim () Não

Se você menstruar, responda:

O sangramento é : () Leve () Moderado () Abundante

Qual o intervalo entre menstruações? _____

Quantos dias duram a menstruação? _____

Data da última menstruação _____

Tem dor durante a menstruação? () Sim () Não

A dor começa no início do fluxo? () Sim () Não A dor começa _____ dias antes da menstruação

As menstruações são regulares? () Sim () Não

Tem coágulos? () Sim () Não

Antecedentes Gastrointestinais / Alimentares

Você tem náusea? () Não () Com a dor () Com medicação () Com alimentos () Outros:

Você tem vômitos? () Não () Com a dor () Com medicação () Com alimentos () Outros:

Apresentou disfunção alimentar como anorexia ou bulimia? () Sim () Não

Apresentou sangramento retal ou sangue nas fezes? () Sim () Não

Sua dor aumenta com a evacuação? () Sim () Não

As perguntas seguintes auxiliam o diagnóstico da síndrome do intestino irritável.

Você tem dor ou desconforto associado com:

Alteração da frequência de evacuação? () Sim () Não

Alteração da aparência das fezes? () Sim () Não

A dor melhora após evacuar? () Sim () Não

Hábitos de Saúde

Exercita-se regularmente? () Raramente () 1-2 x semana () 3-5 x semana () Diariamente

Consumo de caféina por dia (números de xícaras de café, chá, refrigerantes, etc.)? () 0 () 1-3 () 4-6 () > 6

Quantos cigarros fuma por dia? _____ Há quantos anos? _____

Toma bebida alcoólica? () Sim () Não

Número de doses por semana? _____

Alguma vez foi tratado por consumir drogas? () Sim () Não

Utiliza drogas recreativamente? () Nunca () No passado, agora não () Atualmente Sim () Não respondeu

() Heroína /Crack () Anfetaminas () Maconha () Barbitúricos () Cocaína () Outras: _____

Como é sua alimentação? () Balanceada () Vegetariana () Frituras () Dieta Especial: _____

() Outras:

Sintomas Urinários

Você apresenta algum dos seguintes sintomas?

Perde urina ao tossir, espirrar ou rir? () Sim () Não

Dificuldade para urinar? () Sim () Não

Infecção urinária de repetição? () Sim () Não

Hematúria (sangue na urina)? () Sim () Não

Sensação de bexiga cheia pós-micção? () Sim () Não

Tem necessidade de urinar logo após tê-lo feito? () Sim () Não

Marque as respostas que melhor descrevem seus sintomas urinários.

	0	1	2	3	4
1 DURANTE O DIA: Quantas vezes vai ao banheiro (para esvaziar sua bexiga)?	3 - 6	7 - 10	11-14	15 -19	20 ou mais
2. DURANTE A NOITE: Quantas vezes vai ao banheiro (para esvaziar sua bexiga)?	0	1	2	3	4 ou mais
3. Incomoda-o levantar a noite para esvaziar sua bexiga?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Muito	
4. Você é sexualmente ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
5. Você tem ou teve dor durante ou após o ato sexual?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te} .	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te} .	<input type="checkbox"/> Sempre	
6. Sentir dor durante o ato sexual o faz evitá-lo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te} .	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te} .	<input type="checkbox"/> Sempre	
Sente dor pélvica (baixo ventre, lábios, vagina, uretra, períneo)					
7. associada à sua bexiga?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
8. Tem urgência miccional logo após urinar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
9. Sente dor com frequência?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Intensa	
10. A dor o incomoda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
11. Tem urgência para urinar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Muito	
12. A urgência urinária o incomoda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Muito	

© 2000 C. Lowell Parsons, MD Reprinted with permission.

KCI ____ Não Indicado ____ Positivo ____ Negativo

Mecanismos de enfrentamento				
Com quem você conversa sobre sua dor ou durante os períodos de estresse?				
<input type="checkbox"/> Esposo / Parceiro	<input type="checkbox"/> Parentes	<input type="checkbox"/> Grupo de apoio	<input type="checkbox"/> Padre	
<input type="checkbox"/> Médico/ Enfermeira	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Profissional da saúde mental	<input type="checkbox"/> Eu cuido de mim	
Como o (a) parceiro (a) lida com sua dor?				
<input type="checkbox"/> Não percebe quando tenho dor	<input type="checkbox"/> Cuida de mim	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
<input type="checkbox"/> Abandona-me	<input type="checkbox"/> Sente-se impotente			
<input type="checkbox"/> Distrai-me com atividades	<input type="checkbox"/> Fica bravo			
O que melhora sua dor?				
<input type="checkbox"/> Meditação	<input type="checkbox"/> Relaxamento	<input type="checkbox"/> Deitar	<input type="checkbox"/> Musica	
<input type="checkbox"/> Massagem	<input type="checkbox"/> Gelo	<input type="checkbox"/> Calor local	<input type="checkbox"/> Banho quente	
<input type="checkbox"/> Analgésicos	<input type="checkbox"/> Laxativos / Enema	<input type="checkbox"/> Injeção	<input type="checkbox"/> TENS	
<input type="checkbox"/> Evacuar	<input type="checkbox"/> Urinar	<input type="checkbox"/> Nada		
<input type="checkbox"/> Outros _____				
O que piora sua dor?				
<input type="checkbox"/> Relação sexual	<input type="checkbox"/> Orgasmo	<input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> Alimentação	
<input type="checkbox"/> Evacuar	<input type="checkbox"/> Bexiga cheia	<input type="checkbox"/> Urinar	<input type="checkbox"/> Ficar em pé	
<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Exercício	<input type="checkbox"/> Hora do dia	<input type="checkbox"/> Clima	
<input type="checkbox"/> Contato com a roupa	<input type="checkbox"/> Tossir / espirrar	<input type="checkbox"/> Não relacionada a nada		
Outros: _____				
Entre todos os problemas de sua vida, qual a importância de sua dor?				
<input type="checkbox"/> O problema mais importante.		<input type="checkbox"/> Somente um dos vários problemas.		

Antecedentes de Abuso Sexual e Físico

Você foi vítima de abuso emocional? Humilhação ou insulto? () Sim () Não () Não respondeu

Circule a resposta na coluna **Infância, Adulto ou ambas.**

Na infância
(≤ 13)

Quando adulto
(≥ 14)

- 1a. Alguém lhe mostrou os órgãos sexuais, sem seu consentimento? () Sim () Não () Sim () Não
1b. Alguém ameaçou ter relações sexuais com você, sem seu consentimento? () Sim () Não () Sim () Não
1c. Alguém tocou seu órgão sexual, sem o seu consentimento? () Sim () Não () Sim () Não
1d. Foi obrigada a tocar no órgão sexual de alguém? () Sim () Não () Sim () Não
1e. Foi forçada a manter relações sexuais, sem seu consentimento? () Sim () Não () Sim () Não
1f. Alguma outra experiência sexual não desejada? () Sim () Não () Sim () Não

Favor especificar _____

2. Quando era criança (≤ 13), algum adulto:

- a. Bateu, chutou ou espancou-a? () Nunca () Raramente () Ocasional^{te.} () Frequentemente
b. Ameaçou seriamente sua vida? () Nunca () Raramente () Ocasional^{te.} () Frequentemente

3. Agora que você é adulto (≥ 14), alguém?

- a. Bateu, chutou ou espancou-a? () Nunca () Raramente () Ocasional^{te.} () Frequentemente
b. Ameaçou seriamente sua vida? () Nunca () Raramente () Ocasional^{te.} () Frequentemente

Leserman, J, Drossman D, Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. Behavioral Medicine 1995;21:141-148.

McGill Breve

Assinale as palavras que melhor descrevem a intensidade atual e sua dor pélvica

Como é sua dor?

Tipo	Sem dor (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Intensa (3)
Pulsante	_____	_____	_____	_____
Tiro	_____	_____	_____	_____
Punhalada	_____	_____	_____	_____
Facada	_____	_____	_____	_____
Cólica	_____	_____	_____	_____
Mordida	_____	_____	_____	_____
Queimor	_____	_____	_____	_____
Dolorida	_____	_____	_____	_____
Pesada	_____	_____	_____	_____
Sensível	_____	_____	_____	_____
Lancinante	_____	_____	_____	_____
Cansativa-Extenuante	_____	_____	_____	_____
Nauseante	_____	_____	_____	_____
Apavorante	_____	_____	_____	_____
Que castiga - Cruel	_____	_____	_____	_____

Melzak R. The Short-form McGill Pain Questionnaire. Pain 1987;30:191-197.

Síndrome da Congestão Pélvica- Questões

- A dor pélvica piora após atividade física prolongada? () Sim () Não
A dor pélvica melhora em repouso? () Sim () Não
Durante o ato sexual, você tem dor vaginal profunda ou dor pélvica? () Sim () Não
Após o ato sexual, você tem dor ou latejamento? () Sim () Não
Sua dor pélvica alterna de lado (migratória)? () Sim () Não
Apresenta episódios súbitos de dor pélvica forte que cessam espontaneamente? () Sim () Não

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvic.pain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.)

Pg 07

Exame Físico

Nome: _____ RG: _____

Data do Exame: _____ Altura: _____ Peso: _____ DUM: _____

PA: _____ FC: _____ Temp.: _____ Resp.: _____

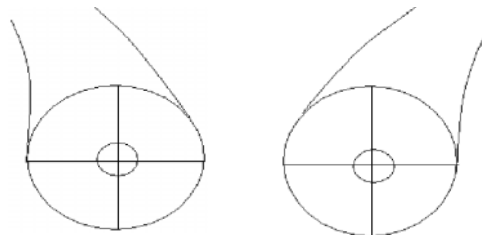
Revisão dos sistemas: () Sim () Não Médico: _____

Expressão facial: () Normal () Doente () Chorosa () Depressiva

() Peso Normal () Emagrecido () Obeso () Marcha Anormal

Cabeça/pescoço () Normal **Pulmões** () Normal **Coração** () Normal **Mamas** () Normal

Outros: _____ Outros: _____ Outros: _____ Outros: _____



Direita

Esquerda

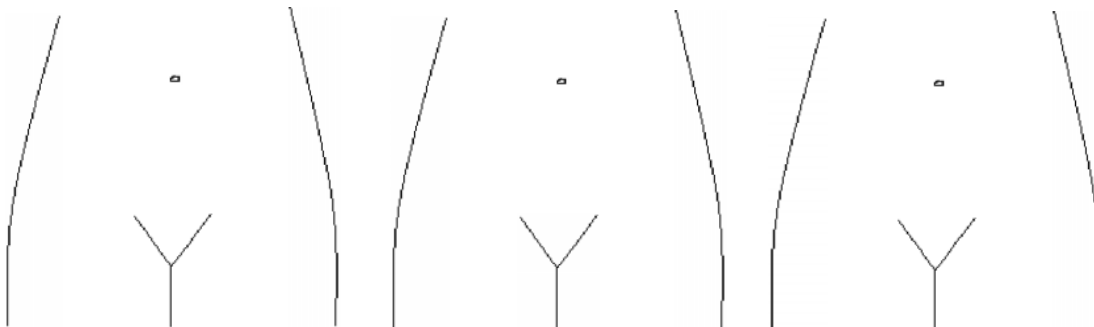
Abdome

() Indolor () Dor () Incisão () Pontos-gatilho

() Dor Inguinal () Volume Inguinal () Dor Suprapubica () Pontos dolorosos ovariano

() Massa () D.B. () Dor à percussão () Distensão

() Outros: _____



Direita

Esquerda

Direita

Esquerda

Direita

Esquerda

Pontos-gatilho

Cicatriz cirúrgica

Outros achados

Dorso

() Indolor () Dor () Alteração postural () Alteração ADM: _____

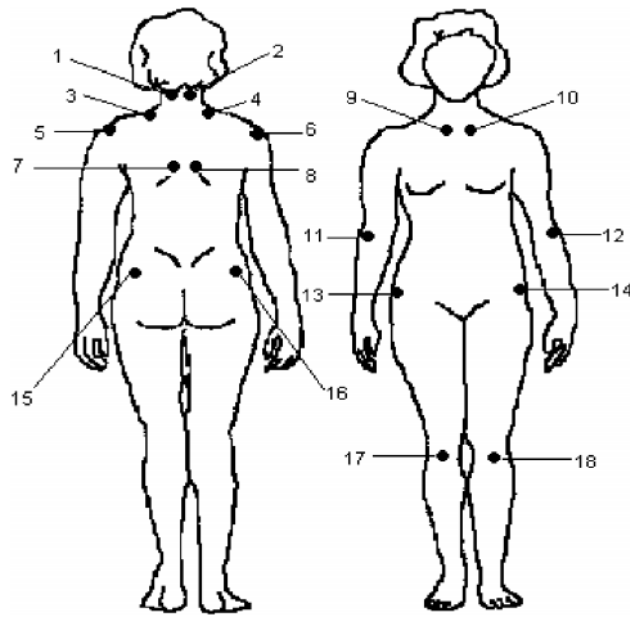
Extremidade inferior

() Normal () Edema () Varizes () Neuropatias () Assimetria: _____

Neuropatia

() Iliohipogastrica () Ilioinguinal () Genitofemoral () Pudendo () Alteração sensibilidade

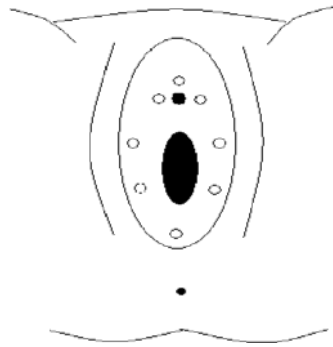
Fibromialgia / Dorso-Lombar / Glúteos



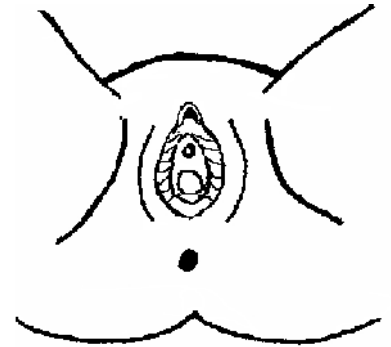
Esquerda Direita Direita Esquerda

Genitália externa

- () Normal () Eritema () Leucorreia () Q-tip test (indicar no desenho) () Local de dor (indicar no desenho)



Esquerda Direita



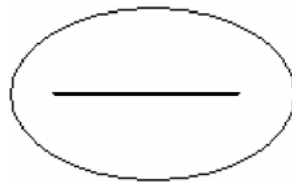
Direita Direita Esquerda

Q-tip Test (Pontos de cada círculo, de 0 a 4) **Total de Pontos:** _____

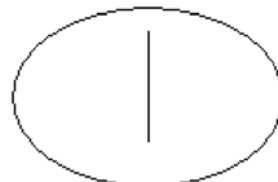
Outros Achados: _____

Vagina

- () Normal Lubrificação: _____
 () Dor Local: _____ () Mucosa Vaginal: _____ () Leucorreia: _____
 () Cultura _____ () Gonococo _____ () Clamídia _____ () Fungos _____ () Herpes _____
 () Dor na cúpula vaginal pós-histerectomia (indicar no desenho)



Direita Esquerda
Cicatriz



Cicatriz Vertical

Exame pélvico

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Cervix |
| <input type="checkbox"/> Intróito | <input type="checkbox"/> Motilidade cervical |
| <input type="checkbox"/> Canal endocervical | <input type="checkbox"/> Paramétrio |
| <input type="checkbox"/> Uretra | <input type="checkbox"/> FSP |
| <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Ureter E |
| <input type="checkbox"/> Ureter D | <input type="checkbox"/> Inguinal E |
| <input type="checkbox"/> Inguinal D | <input type="checkbox"/> Dor clitoriana |

Avaliar dor nos músculos perineais: escala de 0-4

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obturador D _____ | <input type="checkbox"/> Obturador E _____ |
| <input type="checkbox"/> Piriforme D _____ | <input type="checkbox"/> Piriforme E _____ |
| <input type="checkbox"/> Pubococcígeo D _____ | <input type="checkbox"/> Pubococcígeo E _____ |
| Total _____ | <input type="checkbox"/> Esfíncter anal _____ |

Exame Bimanual

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Útero: | <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Indolor | <input type="checkbox"/> Ausente |
| Posição: | <input type="checkbox"/> Anterior | <input type="checkbox"/> Posterior | <input type="checkbox"/> Central |
| Tamanho: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Outros _____ | |
| Contorno: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Irregular | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| Consistência: | <input type="checkbox"/> Firme | <input type="checkbox"/> Amolecido | <input type="checkbox"/> Duro |
| Motilidade: | <input type="checkbox"/> Móvel | <input type="checkbox"/> Hiper mobilidade | <input type="checkbox"/> Fixo |
| Suporte: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Prolapso | |

Exame- Anexos

- | | | | |
|----------|---|-----------|---|
| Direito: | <input type="checkbox"/> Ausente | Esquerdo: | <input type="checkbox"/> Ausente |
| | <input type="checkbox"/> Normal | | <input type="checkbox"/> Normal |
| | <input type="checkbox"/> Doloroso | | <input type="checkbox"/> Doloroso |
| | <input type="checkbox"/> Fixo | | <input type="checkbox"/> Fixo |
| | <input type="checkbox"/> Aumentado _____ cm | | <input type="checkbox"/> Aumentado _____ cm |

Exame Retovaginal

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Nódulos | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes |
| <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Mucosa alterada | <input type="checkbox"/> Não examinado |

Avaliação:

Diagnóstico:

Tratamento:
