

CARTELLA CONSULTORIO ADOLESCENTI

ASL SEDE DI CARTELLA N.
DATA
COGNOME NOME
DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA
NAZIONALITA' ETNIA D'ORIGINE
SECONDE GENERAZIONI DI IMMIGRATI si no
INDIRIZZO
CON CHI VIVE
TELEFONO CELLULARE PERSONALE
SCUOLA MEDIA INFERIORE
MEDIA SUPERIORE
TITOLO DI STUDIO
ATTIVITA LAVORATIVA
COME HA CONOSCIUTO IL CONSULTORIO ADOLESCENTI?
CON CHI VIENE
INVIO DA (MEDICO DI FAMIGLIA, ISTITUZIONE, SERVIZIO, ecc.)
CONSULENZA INDIVIDUALE COPPIA GRUPPO
I GENITORI SONO INFORMATI SI NO
PRIMA RICHIESTA ESPPLICITATA
COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA
RELAZIONE SI NO
AREE TEMATICHE E PROBLEMATICHE EMERSE
NOTE DELL'OPERATORE

STORIA EDUCATIVA/INFORMATIVA

Compilazione QUESTIONARIO storia educativa SI NO perché
Hai mai partecipato ad incontri di educazione sessuale a scuola?
 SI (somministrare questionario) NO

STORIA FUTURA

ANAMNESI FAMILIARE

IPERTENSIONE COLESTEROLEMIA
SOVRAPPESO OBESITÀ DIABETE
TROMBOFILIA DISTIROIDISMO OSTEOPOROSI ENDOMETRIOSI
ALTRO

ANAMNESI PERSONALE

VACCINAZIONI HPV ROSOLIA TRIVALENTE EPATITE B
ALTRO

MALATTIE DELL'INFANZIA

MALATTIE CRONICHE

INTERVENTI CHIRURGICI?

ALLERGIE COLLE, METALLI, LATTICE, FARMACI, ALIMENTI

ABITUDINI DI VITA

CHE COSA MANGI QUOTIDIANAMENTE?

RECENTI INCREMENTI/CALI PONDERALI?

QUANTITÀ DI ATTIVITÀ FISICA

RECENTI VARIAZIONI DELLO STILE DI VITA

FATTORI DI STRESS (SCUOLA, UNIVERSITA', AMBIENTE DI LAVORO, RAPPORTI IN FAMIGLIA, RAPPORTI SOCIALI)

UTILIZZO PREGRESSO/PRESENTE DI FARMACI ?

FUMO DI SIGARETTA

BEVANDE ALCOLICHE

UTILIZZO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

STORIA GINECOLOGICA

E' LA TUA PRIMA CONSULENZA GINECOLOGICA? SI NO

QUANDO SI È VERIFICATA LA PRIMA MESTRUAZIONE (ETÀ E MESI)?

QUANTO TEMPO È TRASCORSO DALL'ULTIMA MESTRUAZIONE? (U.M.)

QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEI FLUSSI MESTRUALI (REGOLARE, OLIGO/AMENORREA, MENOMETRORRAGIA)?

ALLA MESTRUAZIONE HAI DOLORE O ALTRI SINTOMI?UTILIZZI DEI FARMACI?

C'È DOLORE IN ALTRE FASI DEL CICLO, DOLORE CICLICO E/O TENSIONE ADDOMINALE?

STORIA OSTETRICA

STORIA CONTRACCETTIVA/PREVENZIONE MST

HAI AVUTO RAPPORTI SESSUALI? DI CHE TIPO?

A CHE ETA' HAI AVUTO IL TUO PRIMO RAPPORTO?

CHE ETA' AVEVA IL PARTNER DEL TUO PRIMO RAPPORTO

AVETE USATO UN METODO CONTRACCETTIVO LA PRIMA VOLTA? SE SI QUALE SE NO PERCHE'?

QUALI METODI HAI UTILIZZATO IN PASSATO? SE SOSPESI: MOTIVO DELLA SOSPENSIONE

COSA USATE ATTUALMENTE? E' UNA SCELTA CONDIVISA CON IL PARTNER?

CONOSCI O USI LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA? ?

USI CORRETTAMENTE IL PRESERVATIVO? DA SOLO O IN ASSOCIAZIONE CON LA PILLOLA?

HAI MAI FATTO UN TEST DI GRAVIDANZA PER UN RITARDO MESTRUALE?

HAI AVUTO RAPPORTI CON ALTRI PARTNERS? (NUMERO DI PARTNERS)

E' SUCCESSO IN PASSATO A TE O AI TUOI PARTNERS DI AVERE DISTURBI TIPO BRUCIORE, PRURITO, SECREZIONE, A LIVELLO DEI GENITALI O DELLE VIE URINARIE?

ULCERAZIONE A LIVELLO DEI GENITALI?

HAI DOLORE ALL'INIZIO, DURANTE O DOPO IL RAPPORTO?

HAI AVUTO DISTURBI URINARI?

STORIA AFFETTIVA E SESSUALE

AL PRIMO RAPPORTO: CON QUALI CONOSCENZE E CON QUALE PERCORSO PERSONALE E DI COPPIA

AL PRIMO RAPPORTO: COME TI SEI SENTITA?

SCALA DI LIKERT



NEI RAPPORTI SUCCESSIVI?

SCALA DI LIKERT



HAI O HAI AVUTO ALTRI PARTNER?

QUALE E' IL TUO ORIENTAMENTO SESSUALE?

COME VA ADESSO? DESIDERIO SI NO ECCITAZIONE SI NO

ORGASMO SI NO

TI SEI MAI SENTITA A DISAGIO/PAURA? CON CHI?

TI SEI MAI SENTITA/O MORTIFICATA/O IN COMPAGNIA? CON CHI?

NOTE DELL'OPERATORE

ESAME OBIETTIVO

PESO kg ALTEZZA metri BMI (peso in Kg/ altezza in metri, al quadrato)

CIRCONFERENZA ADDOMINALE

RAPPORTO VITA/FIANCHI

PAO Pressione Arteriosa Sistolica e Diastolica

◆ IPERTRICOSI

◆ IRSUTISMO

◆ ACNE

◆ SEBORREA

ACCERTAMENTI PREGRESSI

METABOLISMO LIPIDICO

METABOLISMO GLUCIDICO

MARCATORI DELL'INFIAMMAZIONE

VISITA GINECOLOGICA

TEST CHLAMYDIA

VISITA SENOLOGICA

ACCERTAMENTI RICHIESTI

DIAGNOSI

FATTORI DI RISCHIO EVIDENZIATI

TERAPIE PROPOSTE

COUNSELLING

◆ contraccezione

◆ MST

◆ sessualità

◆ altro

INTERVENTI CONCORDATI

NOTE

INCONTRI SUCCESSIVI

SCHEDE A PARTE IVG SPAZIO MASCHIO(SCHEDA ANDROLOGICA)

GRAVIDANZA

CONSULENZA PSICOLOGICA CONSULENZA ASSISTENTE SOCIALE

QUESTIONARIO STORIA EDUCATIVA/INFORMATIVA

Da chi hai ricevuto la maggior quantità di informazioni relative alla sessualità (possibilità di risposta multipla)	Amici Genitori Insegnanti Mass media tradizionali (televisione, radio, libri, giornali) Internet Operatori sanitari nel corso di interventi educativi effettuati a scuola Operatori sanitari nel corso di visite mediche o consultazioni in servizi specifici (consultori, CIC, sportelli d'ascolto, ecc.) Il tuo medico di famiglia Altro
Nel corso della SCUOLA ELEMENTARE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale ?	No, mai Si, saltuariamente Si, regolarmente
Nel corso della SCUOLA MEDIA hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale ?	No, mai Si, saltuariamente Si, regolarmente
Sei mai stato condotto/a nel corso della SCUOLA MEDIA a visitare un consultorio per adolescenti?	Si No
Nel corso della SCUOLA SUPERIORE hai avuto modo di partecipare ad attività di educazione sessuale ?	No, mai Si, saltuariamente Si, regolarmente
Le attività di educazione sessuale PIÙ SIGNIFICATIVE alla quali hai partecipato sono avvenute:	Nel corso della scuola ELEMENTARE Nel corso della scuola MEDIA Nel corso della scuola SUPERIORE Non ho mai partecipato ad attività di educazione sessuale SIGNIFICATIVE
Le attività di educazione sessuale PIÙ SIGNIFICATIVE alla quali hai partecipato sono state condotte da:	Uno o più insegnanti di scuola ELEMENTARE Uno o più insegnanti di scuola MEDIA Uno o più insegnanti di scuola SUPERIORE Da ragazzi e ragazze della mia stessa età o con qualche anno in più Da operatori del Consultorio Adolescenti Da altri operatori sanitari Da persone appartenenti ad associazioni di volontariato Non ho mai partecipato ad attività SIGNIFICATIVE di educazione sessuale
Le attività di educazione sessuale PIÙ SIGNIFICATIVE alla quali hai partecipato sono state sotto forma di:	Lezione Gruppo di discussione Lavori in sottogruppi Giochi di gruppo Non ho mai partecipato ad attività SIGNIFICATIVE di educazione sessuale
Le attività di educazione più significative alle quali hai partecipato sono durate:	Un solo incontro Due incontri Diversi incontri Non ho mai partecipato ad attività SIGNIFICATIVE di educazione sessuale

VERIFICA

L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale quale metodo anticoncezionale, tu o il/la tuo/a partner, avete usato per prevenire una gravidanza?	Non ho mai avuto un rapporto sessuale completo Non abbiamo usato alcun metodo anticoncezionale La pillola anticoncezionale Il profilattico La pillola anticoncezionale ed il profilattico Il coito interrotto Altro: Non mi ricordo bene
Sono d'accordo o non sono d'accordo con la seguente affermazione: <i>Se un/a ragazzo/a che mi piace e con cui mi piacerebbe avere una storia mi propone di avere un rapporto sessuale, accetto senza condizioni, perché altrimenti potrebbe offendersi e potrei perdere la grande occasione</i>	SONO d'accordo NON SONO d'accordo