



ASSOCIATION FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE SUPPORT

<http://www.pelvicorganprolapsesupport.org>

POP-RFQ

CUESTIONARIO PARA EVALUAR FACTOR DE RIESGO PARA POP (PROLAPSO DE ÓRGANO PÉLVICO)

POP contiene muchas causas y síntomas. Este cuestionario podría aclarar la necesidad para un chequeo por Prolapso de Órgano Pélvico realizado por un profesional de la salud. Tome esta cartilla y llévela a su medico para iniciar una conversación sobre POP.

Este cuestionario no reemplaza la necesidad de un tratamiento por un profesional de la salud; en toda ocasión es importante que busque el consejo de su medico

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha tenido al menos un parto vaginal? Numero de partos _____ | Si | No |
| 2. ¿Experimento un trabajo de parto prolongado, uso de fórceps, o parto con succión? | Si | No |
| 3. ¿Usted siente o puede observar algún tejido que protruye por su vagina? | Si | No |
| 4. ¿Esta en menopausia? | Si | No |
| 5. ¿Se le sale la orina cuando estornuda, tose o se ríe? | Si | No |
| 6. ¿Tiene alguna dificultad para que inicie el flujo de orina? | Si | No |
| 7. ¿Ha experimentado fuga de heces? | Si | No |
| 8. ¿Ha padecido por estreñimiento crónico por mas de un año? | Si | No |
| 9. Tiene que levantar cosas pesada en casa o en el trabajo (incluyendo niños de mas de 30#)? | Si | No |
| 10. ¿Usted realiza trote, maratón o realiza actividades atléticas de levantamiento de pesas? | Si | No |
| 11. ¿Ha tenido usted una histerectomía? | Si | No |
| 12. ¿Experimenta usted tos crónica debido a alergia o enfisema? | Si | No |
| 13. ¿Expulsa usted los tampones? | Si | No |
| 14. ¿Experimenta usted dolor pélvico, de espalda, recto o vagina? | Si | No |
| 15. ¿Siente usted presión vaginal o rectal? | Si | No |
| 16. ¿Padece de dolor al tener relaciones sexuales? | Si | No |
| 17. ¿Se ha reducido su sensación al tener relaciones sexuales? | Si | No |
| 18. ¿Padece de problemas articulares? | Si | No |