



Tu e il cateterismo intermittente (CI)

Informazioni del paziente

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Sesso _____ Documento Identità _____

A proposito di te

Qual è il tuo lavoro? _____

Elenca i tuoi hobby o interessi: _____

Quanto spesso viaggi e con quale mezzo di trasporto? _____

Scegli la risposta che meglio ti rappresenta:

Quanto spesso consumi bevande contenenti caffeina?
(bibite gassate, energy drink, tè, caffè)

- Nessuna 1 volta al giorno
 2-3 volte al giorno da 4 a più volte al giorno

Un caregiver sarà presente durante la tua sessione?

- Sì, mi assisteranno con il cateterismo
 No

Quando consumi alcol, quanti drink bevi?

- 1-2 drink 3-4 drink 5-6 drink
 7-9 drink da 10 drink in su

Quanto spesso consumi alcol?

- Mai Meno di una volta al mese
 2-4 volte al mese 2-3 volte alla settimana 4 o più volte alla settimana

Esperienza con il cateterismo

Motivo dell'uso del catetere: _____

Numero di volte al giorno in cui il tuo medico specialista ti ha consigliato di effettuare il cateterismo:

Esperienze passate con il cateterismo?

- Sì No

Descrivi le tue problematiche di salute attuali o che hai avuto nell'ultimo mese: _____

Riesci a percepire il bisogno iniziale di urinare in maniera lieve, forte, o entrambi?

- Solo lieve desiderio Solo forte desiderio
 Desiderio sia lieve che forte Nessun impulso

Scegli le posizioni in cui riesci a restare più comodamente per circa 5 minuti:

- In piedi Seduto
 Sdraiato Piegato/Accovacciato

Elenca eventuali condizioni che potrebbero impedirti di muoverti: _____

Altri fattori

Elenca eventuali interventi chirurgici all'addome o alla zona genitale e le date in cui sono stati eseguiti: (vescica, uretra, utero o genitali)

_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

Tu hai:

Preoccupazioni riguardo all'apprendimento del cateterismo o nel seguire un programma, come difficoltà di concentrazione, problemi di memoria o momenti di confusione? Sì No

Condizioni mediche croniche che richiedono l'assunzione regolare di farmaci o il supporto di un medico specialista? Sì No

Difficoltà nel raggiungere i tuoi genitali, ad esempio, quando devi pulirti con la carta igienica dopo aver urinato? Sì No

Sensibilità nella zona genitale? Sì No

Problemi di vista, come cataratta, vista offuscata o difficoltà a leggere un libro senza occhiali? Sì No

La percezione che la tua vescica sia piena ed abbia bisogno di essere svuotata? Sì No

Preoccupazioni che questa terapia ti impedisca di fare qualcosa a cui tieni o che per te è importante? Sì No

Problemi di udito, come sordità, necessità di apparecchi acustici, o dover spesso chiedere agli altri di alzare la voce o ripetere le parole? Sì No

Condizioni che influiscono sulla tua capacità di comunicare con il medico specialista? Ad esempio, difficoltà nel parlare? Sì No

Attualmente dispositivi o apparecchiature mediche (es., tutori per la schiena) che potrebbero ostacolare i tuoi movimenti? Sì No

Facilità nel tenere in mano una matita e tracciare con sicurezza una linea retta? Sì No

Allergie, in particolare al lattice? Sì No

Una situazione in cui devi rimanere a lungo in un posto senza accesso al bagno? Sì No

Necessità di un traduttore? Sì No

Riflessioni sul cateterismo intermittente

Hai stabilito degli obiettivi legati al cateterismo intermittente che vorresti raggiungere? Descrivili:

Quando pensi al cateterismo intermittente, provi sensazioni negative? Descrivile:

Ci sono altre domande o pensieri che pensi sia importante condividere, così che il tuo medico specialista ne sia informato?

Ci sono preferenze personali o esigenze legate alla tua cultura o religione che sarebbe utile far conoscere al medico specialista per questa sessione di apprendimento? (es.: fobie, preferenze di genere per il medico specialista)

Scansiona il QR Code per ulteriori risorse e per accedere al servizio di supporto me+ oppure visita qr.convatec.com/cc-meplus

