

# Moje pánevní dno dnes:

## screening

ano ne

Jste nyní těhotná?		
Rodila jste někdy (roky nejsou důležité)?		
Jste nyní v období menopauzy nebo už po menopauze?		
Podstoupila jste někdy gynekologickou operaci? Např. hysterektomií aj.		
Jste profesionální sportovkyně? (atletika, běžkyně, lyžařka ...)		
Trpíte často bolestmi zad?		
Měla jste někdy poranění pánve? Např. úraz, zlomenina v oblasti pánve, ...		
Máte problémy s vyprazdňováním? Např. zácpa nebo naopak průjem.		
Trpíte chronickým kašlem nebo kýčáním? Např. z důvodu astma, alergie, bronchitidy, kouření aj.		



Je vaše BMI (index tělesné hmotnosti) nad 25?		
Zvedáte často těžké věci? Např. v práci, tělocvičně, doma ....		
Trápí vás nechtěný únik moči , když sportujete, běžíte, kašlete nebo kýchnete?		
Máte pocit, že se vám pořád chce jít na toaletu?		
Stává se vám, že dobíháte na toaletu a někdy to nestihnete?		
Máte nepříjemnou menstruaci s bolestmi?		
Máte jizvu v oblasti pánve a břicha? (císařský řez, nástřih hráze, slepé střevo, abdominoplastika, aj...)		
Cítíte při sexu nebo po něm bolest v oblasti pánve?		

