

HOJA PETICIÓN PRUEBAS DIAGNÓSTICA Y BIOFEEDBACK

(EN SU DEFECTO PONER PEGATINA)

NOMBRE PACIENTE:

NHC:

EDAD:

TELÉFONO (IMPORTANTE)

FECHA PETICIÓN:

MÉDICO SOLICITA:

MOTIVO PETICIÓN:

SOLICITA:

PRUEBA	MARCAR X
MANOMETRÍA ANORRECTAL	
ECOGRAFÍA RECTAL	
ECOGRAFÍA ANAL	
ECOGRAFÍA DINÁMICA TRANSPERINEAL	
ELECTROMIOGRAFÍA	
RECTOSCOPIA CONTROL W&W (PONER MES DE CONTROL)	
BIOFEEDBACK	MARCAR X
REHABILITACIÓN INCONTINENCIA FECAL SIN NMTP	
REHABILITACIÓN INCONTINENCIA FECAL CON NMTP	
NMTP SÓLO	
NMTP RECUERDO	
REHABILITACIÓN SÍNDROME ELEVADOR	
REHABILITACIÓN ESTREÑIMIENTO	
IRRIGACIÓN TRANSPERINEAL	
Rellenar (obligatorio mandar con test, diario y manometría)	
SSF	S: T: P: TOTAL:
Wexner	
Nº escapes diario 28 días	
Manometría	
Longitud canal anal (cms)	
Presión Reposo (mm Hg)	
Presión Contracción (mm Hg)	
RAIR	
Primera sensibilidad (ml)	
Urgencia (ml)	