

QUESTIONNAIRE AVANT EXPLORATION URODYNAMIQUE

Si vous devez subir une exploration urodynamique, le praticien qui la pratiquera a besoin de certains renseignements.

Il vous est possible d'imprimer cette page, de remplir les champs et de la lui remettre. Soyez assuré que l'examen n'en sera que plus efficace.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant avant de venir faire votre examen, afin de donner le maximum de renseignements au médecin qui réalisera l'examen.

N'oubliez pas de le ramener le jour de l'examen +++

Comment remplir le questionnaire?

Mettez une croix dans les cases qui correspondent à votre cas. Pour une même question, plusieurs réponses (et donc plusieurs croix) sont possibles

N'hésitez pas à rajouter des commentaires à côté des questions.

Si vous n'arrivez pas à répondre à certaines questions, laissez la réponse en blanc; le médecin que vous verrez vous aidera à compléter le questionnaire.

Votre NOM: Votre PRENOM:

Votre date de naissance:/...../.....

Votre ADRESSE:

Votre profession :

Votre téléphone :

A quel(s) médecin(s) souhaitez-vous que le compte-rendu de cet examen soit envoyé?

NOM LOCALITE

NOM LOCALITE

NOM LOCALITE

CONCERNANT LES SYMPTOMES URINAIRES

1) Avez-vous des pertes d'urines? () OUI () NON

Si vous n'avez pas de pertes d'urines, répondez à partir de la question N° 8

Si vous avez des pertes d'urines, répondez aux questions suivantes

2) Depuis quand avez-vous des pertes d'urines?annéesmois

3) Dans quelles circonstances avez-vous des fuites d'urines?

() au moment d'un effort

() subitement, en dehors d'un effort ou d'une envie d'uriner

() quand j'ai envie d'uriner, le temps d'arriver aux toilettes

() autre(s) circonstance(s)

4) Si vous avez des pertes d'urines à l'effort, dans quelles circonstances perdez-vous ?

() en toussant ou en éternuant () en montant des escaliers

() en riant () en me levant d'un siège

() en soulevant du poids () pendant les rapports sexuels

() en courant () au moindre effort

() en sautant () quand je suis fatigué(e) ou en fin de journée

() autre(s) circonstance(s)

5) A quel rythme perdez-vous vos urines ?

() exceptionnellement (par ex. 3 à 4 fois par an)

() rarement (par ex. 1 fois par mois)

() de temps en temps (par ex. 1 fois par semaine)

() régulièrement (par ex. plusieurs fois par semaine)

() souvent (par ex. plusieurs fois par jour)

() presque en permanence

6) Utilisez-vous des protections pour vos fuites d'urines?

() jamais

() de temps en temps (par ex. quand vous sortez, quand vous faites du sport...)

() tous les jours

7) Si vous utilisez des protections, quel type utilisez-vous?

- protège-slip précisez le nombre par jour:/j
 protections précisez le nombre par jour:/j
 grandes couches précisez le nombre par jour:/j

8) Combien de fois urinez-vous ?

- Le jour 3 à 5 fois La nuit aucune
 6 à 10 fois 1 à 3 fois
 plus de 10 fois plus de 3 fois

9) Avez-vous des envies pressantes d'uriner ?

- jamais le matin dès que je me lève
 quand j'entends de l'eau couler quand je suis énervé(e)
 quand je marche pieds nus autre(s) circonstance(s)

10) Quand vous urinez:

- Avez-vous des douleurs ou des brûlures OUI NON
 Devez-vous forcer pour uriner? OUI NON
 Devez-vous vous pencher en avant? OUI NON
 Devez-vous mettre un doigt dans le vagin? OUI NON

11) Après avoir uriné:

- Perdez-vous encore quelques gouttes? OUI NON
 Avez-vous l'impression qu'il reste encore des urines? OUI NON
 Devez-vous retourner aux toilettes juste après? OUI NON
 Avez-vous des douleurs? OUI NON

12) Avez-vous des infections urinaires?

- jamais régulièrement
 de temps en temps souvent
 si vous avez des infections urinaires, combien en avez-vous eu depuis 1 an?

13) Avez-vous déjà fait des traitements pour vos problèmes urinaires?

- NON
 OUI, de la rééducation ; nombre de séances:
 OUI, un ou des médicaments; Lesquels:
 OUI, une ou des opérations

14) METTEZ ICI TOUS LES COMMENTAIRES QUI VOUS SEMBLERENT UTILES A PROPOS DE VOS PROBLEMES URINAIRES.

CONCERNANT LES SYMPTOMES DIGESTIFS

1) Avez-vous des problèmes pour aller à la selle et/ou pour retenir les selles ou les gaz?

- OUI NON

Si vous avez des problèmes, répondez aux questions suivantes

2) Combien de selles avez-vous par semaine (nombre)?par semaine

3) Comment estimez-vous la consistance de vos selles?

- trop dure tantôt dure, tantôt liquide
 trop liquide normale

4) Lorsque vous allez à la selle

- Avez-vous des douleurs? OUI NON
 Etes-vous obligé(e) de pousser beaucoup? OUI NON
 Etes-vous obligé(e) de vous aider manuellement? OUI NON
 (par ex. en appuyant sur le coté ou dans le vagin)
 Y-a-t il un bourrelet qui sort par l'anus? OUI NON
 Y-a-t il une boule qui sort par le vagin? OUI NON

5) Après avoir été à la selle:

- Avez-vous la sensation de n'avoir pas tout évacué? OUI NON

Avez-vous des saignements par l'anus ou sur le papier? () OUI () NON
 Y-a-t il un bourrelet qui sort par l'anus? () OUI () NON
 Y-a-t il une boule qui sort par le vagin? () OUI () NON

6) Vous arrive-t'il d'avoir des difficultés à retenir (qui vous obligent à aller immédiatement aux toilettes)
 Pour les gaz () OUI () NON
 Pour les matières () OUI () NON
 Uniquement pour les matières lorsqu'elles sont liquides () OUI () NON

7) Vous arrive-t'il d'avoir des fuites
 Pour les gaz () OUI () NON
 Pour les matières () OUI () NON
 Uniquement pour les matières lorsqu'elles sont liquides () OUI () NON

8) Si vous avez des fuites:
 A quel rythme (nombre)?fois par anfois par moisfois par semaine
 Ces fuites arrivent-elles? () à l'effort () le temps d'arriver aux toilettes () au repos
 Mettez-vous des protections à cause de ces fuites? () OUI () NON

9) Avez-vous fait des traitements pour vos problèmes digestifs?
 () NON
 () OUI, de la rééducation ; nombre de séances:
 () OUI, un ou des médicaments; Lesquels:
 () OUI, une ou des opérations

10) METTEZ ICI TOUS LES COMMENTAIRES QUI VOUS SEMBLERENT UTILES A PROPOS DE VOS PROBLEMES DIGESTIFS.

CONCERNANT LES AUTRES SYMPTOMES

1) Avez-vous constaté une "boule" qui sort par le vagin (descente d'organe)?
 () jamais
 () parfois
 () en permanence

2) Si vous avez constaté cela, est-ce que cette "boule" est gênante?
 () NON () OUI car elle frotte sur les vêtements
 () OUI car elle bloque les urines () OUI car elle est douloureuse
 () OUI car elle bloque les selles () OUI car elle gêne lors des rapports sexuels
 () OUI pour une autre raison (décrire)

3) Avez-vous des rapports sexuels? () OUI () NON

4) Les rapports sexuels sont-ils douloureux?
 () NON
 () OUI au niveau du ventre
 () OUI au niveau du vagin

CONCERNANT VOS ANTECEDENTS MEDICAUX

Votre poids:Kg Votre taille:m

1) Quelles maladies (en dehors des opérations) avez-vous eu ? (précisez les dates si possible)

2) Quelles opérations avez-vous eu ? (précisez les dates si possible)

3) Combien d'enfants avez-vous eu? (précisez si césarienne ou accouchement normal)

4) Quels médicaments prenez vous actuellement et pour quelle(s) raison(s) ?

5) Est-ce que vous fumez actuellement? () OUI () NON

Si OUI, combien de cigarettes par jour:par jour