

NOM: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .../.../.....

Profession: .....

Nature de l'examen : ..... Date de l'examen : .../.../.....

### 1/ MOTIF DE L'EXAMEN

- Prolapsus (type : .....)
- Incontinence Urinaire d'Effort
- pollakiurie
- Impériosités
- Dysurie
- Douleurs

### 2/ ETES-VOUS :

- Après accouchement
- En période d'activité génitale
- Ménopausée :
  - avec traitement substitutif : lequel ?
  - sans traitement substitutif

### 3/ DEPUIS COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CES PROBLEMES ?:

- De 0 à 12 mois
- De 2 à 5 ans
- Plus longtemps
- Depuis l'enfance

### 4/ VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE EST-ELLE GENE E PAR CE PROBLEME ?

- oui
- non

### 5/ PRATIQUEZ-VOUS UNE ACTIVITE SPORTIVE ?

- oui (laquelle ? .....)
- non

➤ Avez-vous remarqué une relation entre ce sport et votre problème ?

- aucune
- occasionnellement
- systématiquement

6/ UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE A-T-ELLE EU DES PROBLEMES SEMBLABLES ?

- oui (Quel est le lien de parenté ? : .....)
- non

7/ ETES-VOUS SOUS ANTIDEPRESSEURS OU ANXIOLYTIQUES ?

- oui (lesquels ? : .....)
- non

8/ ETES-VOUS TRAITE(E) MEDICALEMENT POUR UN PROBLEME URINAIRE ?

- oui
- non

Liste des médicaments prescrits :

.....  
.....  
.....

9/ AVEZ-VOUS DEJA EU DE LA REEDUCATION ? :

- Rééducation périnéale manuelle
- Rééducation par Biofeedback
- Electrostimulation

10/ AVEZ-VOUS ETE TRAITE(E) CHIRURGICALEMENT POUR CURE DE **PROLAPSUS VAGINAL** ?

- oui
- non

➤ Si OUI, par quelle voie ? :

- voie abdominale
- voie vaginale

➤ Quels ont été les résultats ? :

- Guérison
- Amélioration partielle
- Amélioration momentanée
- Récidive (nombre d'années : .....)
- Aggravation avec fuites urinaires

11/ AVEZ-VOUS ETE TRAITE(E) CHIRURGICALEMENT POUR **INCONTINENCE URINAIRE** ?

oui       non

➤ Si OUI, par quelle voie ? :

voie abdominale  
 voie vaginale

➤ Quels ont été les RESULTATS ?

Guérison  
 Amélioration partielle  
 Rétention post-opératoire  
 Aggravation des fuites  
 Récidive (nombre d'années : .....)

12/ AVEZ-VOUS EU UNE **HYSTERECTOMIE** ?

oui       non

➤ Si OUI, par quelle voie ? :

voie abdominale  
 voie vaginale

➤ VOS TROUBLES SONT-ILS APPARUS APRES L'INTERVENTION ?

oui       non

13/ AVEZ-VOUS EU D'AUTRES INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES ET UROLOGIQUES ?

oui       non

➤ Si OUI, Lesquelles ? (dates à préciser si possible) :

.....  
.....  
.....

14/ NOMBRE DE GROSSESSES ? .....

15/ NOMBRE D'ENFANTS ? .....

16/ NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE (I.V.G. comprises) ? .....

17/ ACCOUCHEMENTS :

Normaux (nombre) : .....  
 Déchirure périnéale (nombre) : .....  
 Episiotomie (nombre) : .....  
 Forceps (nombre) : .....

18/ POIDS DE VOTRE PREMIER ENFANT : ..... kg

19/ POIDS DE VOTRE PLUS GROS ENFANT : ..... kg

20/ PERIMETRE CRANIEN : ..... cm

21/ AVEZ-VOUS EU DES TROUBLES URINAIRES :

- pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse
- pendant les 2 derniers trimestres de grossesse
- après l'accouchement

22/ AVEZ-VOUS PRATIQUE DES SEANCES DE REEDUCATION PERINEALE APRES L'ACCOUCHEMENT ? :

- oui
- non

23/ AVEZ-VOUS PRATIQUE DES SEANCES DE REEDUCATION ABDOMINALE APRES L'ACCOUCHEMENT ?

- oui
- non

24/ MOYEN DE CONTRACEPTION ACTUEL :

- aucun
- pilule
- stérilet
- autre (précisez) : .....

25/ DUREE MOYENNE DU CYCLE MENSTRUEL : ..... jours

26/ AVEZ-VOUS DES DOULEURS :

- pendant la période de règles
- en dehors de la période de règles

27/ DANS LE CAS D'**INCONTINENCE**, LA PERIODE DES REGLES A-T-ELLE UNE INFLUENCE ? :

- oui
- non

- Si OUI :  AGGRAVATION  AMELIORATION

28/ DANS LE CAS DE **PROLAPSUS**, LA PERIODE DES REGLES A-T-ELLE UNE INFLUENCE ?

- oui
- non

- Si OUI :  AGGRAVATION  AMELIORATION

29/ RESSENTEZ-VOUS UNE MODIFICATION DE VOS PROBLEMES VERS LE 14<sup>ème</sup> JOUR DU CYCLE ?

oui       non

30/ RESSENTEZ-VOUS EN FIN DE JOURNEE DE LA FATIGUE OU UNE SENSATION DE PESANTEUR VAGINALE ?

oui       non

31/ RESSENTEZ-VOUS CETTE PESANTEUR EN DEHORS DE LA FATIGUE ?

oui       non

32/ AVEZ-VOUS DES DOULEURS PELVIENNES ?

oui       non

33/AVEZ-VOUS UNE SAILLIE VULVAIRE ANORMALE ?

oui       non

34/ AVEZ-VOUS DES DOULEURS LOMBAIRES ?

oui       non

35/ AVEZ-VOUS DES BRUITS D'AIR VAGINAUX ?

- pendant certains exercices (abdominaux par ex.)
- lors de rapports sexuels
- autres (précisez) : .....

36/ SI VOUS PORTEZ DES TAMPONS PENDANT VOS REGLES, LES GARDEZ-VOUS SANS PROBLEMES ?

oui       non

37/ AVEZ-VOUS DEJA EU DES PERTES DE MATIERES ?

oui       non

38/ VOUS EST-IL DEJA ARRIVE DE NE PAS POUVOIR RETENIR UN GAZ ?

oui       non

39/ ETES-VOUS CONSTIPE(E) ?

- occasionnellement
- souvent
- toujours

40/ AVEZ-VOUS DES DOULEURS OU AUTRES PROBLEMES PENDANT LES RAPPORTS SEXUELS ?

- Pas de rapports sexuels
- Douleurs
- Envie d'uriner
- Fuites
- Bruits d'air

41/ COMBIEN DE FOIS URINEZ-VOUS PAR JOUR **NORMALEMENT** ?

- 1 à 5 fois
- 5 à 7 fois
- plus

42/ COMBIEN DE FOIS URINEZ-VOUS PAR JOUR **SUR VOTRE LIEU DE TRAVAIL** ?

- 1 à 5 fois
- 5 à 7 fois
- plus

43/ COMBIEN DE FOIS URINEZ-VOUS LA NUIT ? ..... fois

44/ LA SENSATION D'URINER VOUS REVEILLE-T-ELLE ?

- oui
- non

45/ ALLEZ-VOUS URINER POUR D'AUTRES RAISONS ?

- oui (lesquelles ? : .....)
- non

46/ QUELLE QUANTITE DE BOISSON ABSORBEZ-VOUS EN MOYENNE DANS LA JOURNEE ?

Journée de travail :

- ½ Litre
- 1 Litre
- 1,5 Litre
- 2 Litres
- plus

Journée de repos :

- ½ Litre
- 1 Litre
- 1,5 Litre
- 2 Litres
- plus

47/ URINEZ-VOUS DAVANTAGE A CERTAINS MOMENTS DE LA JOURNEE ?

- le matin
- l'après-midi
- le soir

48/ LE VOLUME DE VOS MICTIONS VOUS PARAÎT-IL ? :

- petit
- normal
- important

49/ LORSQUE VOTRE VESSIE EST PLEINE, LE RESSENTEZ-VOUS ?

- oui
- non

50/ AVEZ-VOUS UNE SENSATION DOULOUREUSE AVANT D'URINER ?

- oui
- non

51/ AVEZ-VOUS DES DIFFICULTES A COMMENCER A URINER ?

- oui
- non

52/ ETES-VOUS OBLIGE DE POUSSER POUR DECLENCHER LA MICTION ?

- oui
- non

53/ ADOPTEZ-VOUS UNE POSITION PARTICULIERE (vous pencher en avant par ex.) POUR VOUS AIDER A URINER ?

- oui
- non

54/ ETES-VOUS OBLIGE PARFOIS DE PRESSER SUR L'ABDOMEN POUR DECLENCHER LA MICTION ?

- oui
- non

55/ AVEZ-VOUS DES INFECTIONS URINAIRES FREQUENTES ?

- oui
- non

56/ VOTRE JET URINAIRE VOUS PARAÎT-IL ? :

- Faible
- Normal
- Fort

57/ LORSQUE VOUS URINEZ, EST-CE EN UNE SEULE FOIS ?

- oui
- non

58/ VOUS EST-IL POSSIBLE D'ARRÊTER VOTRE JET URINAIRE ?

- Pas du tout
- Un peu
- Totalemment

59/ LORSQUE VOUS AVEZ FINI D'URINER, AVEZ-VOUS LA SENSATION D'AVOIR COMPLETEMENT VIDE VOTRE VESSIE ?

- oui
- non

60/ ETES-VOUS OBLIGÉ DE POUSSER OU D'APPUYER SUR VOTRE VESSIE POUR FINIR DE LA VIDER ?

- oui
- non

61/ AVEZ-VOUS ÉTÉ TRAITÉ(E) MÉDICALEMENT POUR CETTE **DYSURIE** ?

- oui
- non

➤ Si OUI, quels médicaments avez-vous pris ?

.....  
.....

62/ AVEZ-VOUS ÉTÉ TRAITÉ(E) CHIRURGICALEMENT ?

- oui
- non

63/ PERDEZ-VOUS VOS URINES LORSQUE VOUS :

- Eternuez
- Toussez
- Riez
- Soulevez des charges
- Sautez
- Courez
- Marchez rapidement
- Changez de position
- sans effort particulier



64/ PERDEZ-VOUS VOS URINES ? :

- En petite quantité
- En grande quantité

65/ CETTE FUITE DEPEND-ELLE DU DEGRE DE REMPLISSAGE DE VOTRE VESSIE ?

- oui
- non

66/ AVEZ-VOUS PERDU VOS URINES EN TOUSSANT, ETERNUANT LORSQUE VOUS ETIEZ COUCHE(E) ?

- oui
- non

67/ LE MATIN AU LEVER, VESSIE PLEINE, VOUS ARRIVE-T-IL DE PERDRE VOS URINES ?

- oui
- non

➤ AVEZ-VOUS LE TEMPS D'ALLER AUX TOILETTES ?

- oui
- non

68/ DANS LE CAS D'UNE FORTE ENVIE D'URINER, AVEZ-VOUS EU UNE PERTE INVOLONTAIRE D'URINE ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

69/ PRENEZ-VOUS VOTRE TEMPS OU FAUT-IL VOUS DEPECHER POUR ALLER AUX TOILETTES ?

- Prendre mon temps
- Me dépêcher

70/ LA VUE, LE BRUIT DE L'EAU QUI COULE, LE CONTACT DE L'EAU DECLENCHENT-T-ILS CHEZ VOUS UNE ENVIE D'URINER ?

- oui
- non

71/ URINEZ-VOUS DAVANTAGE DANS CERTAINES CIRCONSTANCES ?

- Changement de température
- Peur
- Colère
- Emotion
- Rapport sexuel

72/ ETES-VOUS OBLIGE(E) DE PORTER DES GARNITURES ?

Le jour (nombre ? : .....)

La nuit (nombre ? : .....)

➤ De quel Type ? :

protège-slip

Libra®

73/ CETTE INCONTINENCE OU CE PROLAPSUS ENTRAINENT-ILS UNE GENE PSYCHOLOGIQUE OU SOCIALE ?

oui

non

SUR UNE ECHELLE DE 1 A10 , QUELLE NOTE DONNEZ - VOUS A CETTE GENE ?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

