

Nom du patient :
 Prénom :

Date de naissance : / /
 Date de l'examen : / /

Qualiveen

**VOS PROBLEMES URINAIRES ET LA FAÇON DONT VOUS URINEZ EN CE MOMENT :
 CE QUI VOUS GENE**

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie.

Etes-vous gêné(e)* ?	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. par des fuites le jour	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. par des fuites la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. par le fait de devoir porter : - des protections/étuis péniens - une sonde à demeure/cathéter sus-pubien	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. par le fait d'être dépendant(e) des horaires pour uriner ou vous sonder lors de vos activités	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. par le temps passé pour uriner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. parce que vos nuits sont perturbées	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. lorsque vous êtes à l'extérieur de chez vous ou en voyage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. par des problèmes d'hygiène corporelle en dehors de chez vous	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Dans l'ensemble, vos problèmes urinaires vous compliquent-ils la vie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

* Si vous ne vous sentez pas concerné(e) par une ou plusieurs des questions ci-dessus, répondez « pas du tout ».

**VOS PROBLEMES URINAIRES ET LA FAÇON DONT VOUS URINEZ EN CE MOMENT :
 CE QUE VOUS ETES CONTRAINT(E) OU OBLIGE(E) DE FAIRE**

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie.

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	Toujours
10. Pouvez-vous improviser des sorties ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Avez-vous renoncé à sortir ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Etes-vous plus dépendant(e) des autres en raison de vos problèmes urinaires ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Votre vie est-elle conditionnée par vos problèmes urinaires ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

Etes-vous obligé(e) :					
14. de tout prévoir ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. de penser à emporter de quoi vous changer ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. de vous protéger par précaution ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. de faire attention aux quantités que vous buvez ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**VOS PROBLEMES URINAIRES ET LA FAÇON DONT VOUS URINEZ EN CE MOMENT :
CE QUE VOUS CRAIGNEZ**

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie.

Craignez-vous ?	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément	Non concerné(e)
18. de sentir l'urine	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
19. d'avoir des infections urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
20. une dégradation de vos troubles urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
21. de gêner votre partenaire la nuit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
22. d'avoir des fuites d'urine au cours des relations sexuelles	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
23. les éventuels effets indésirables des médicaments que vous devez prendre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
24. d'avoir des problèmes cutanés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
25. d'avoir des problèmes d'argent dus à des dépenses nécessaires en raison de vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

**VOS PROBLEMES URINAIRES ET LA FAÇON DONT VOUS URINEZ EN CE MOMENT :
CE QUE VOUS RESSENTEZ**

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie.

	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
26. Eprenez-vous un sentiment de honte en raison de vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Eprenez-vous un sentiment de dévalorisation en raison de vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

28. Etes-vous obligé(e) de dissimuler vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Etes-vous gêné(e) par le regard et l'interrogation des autres devant le temps que vous devez passer aux toilettes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Vous sentez-vous anxieux(se) en raison de vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Grille de calcul des scores de Qualiveen

Scores des quatre domaines				
	Gêne	Contraintes	Craintes	Vécu
	# rép.	# rép.	# rép.	# rép.
	1 _____	10 _____	18 _____	26 _____
	2 _____	11 _____	19 _____	27 _____
	3 _____	12 _____	20 _____	28 _____
	4 _____	13 _____	21 _____	29 _____
	5 _____	14 _____	22 _____	30 _____
	6 _____	15 _____	23 _____	
	7 _____	16 _____	24 _____	
	8 _____	17 _____	25 _____	
	9 _____			
Somme des items	= _____	= _____	= _____	= _____
Divisée par	/ 9	/ 8	/ 8	/ 5
Score	= _____	= _____	= _____	= _____

Score Total de Qualiveen	
	Scores
Gêne	_____
Contraintes	_____
Craintes	_____
Vécu	_____
Somme des scores	= _____
Divisée par	/ 4
Score TOTAL	

: numéro de l'item
 rép : réponse indiquée sur l'item