

Nom du patient :
 Prénom :

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

S F - Q u a l i v e e n

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

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

| | Pas du tout | Un petit peu | Moyennement | Beaucoup | Enormément |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. 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 |
| 2. Etes-vous gêné(e) par le temps passé pour uriner (ou vous sonder) ? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Craignez-vous 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 |
| 4. Craignez-vous de sentir l'urine ? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. 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 |
| 6. 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 |
| | Jamais | Rarement | De temps en temps | Souvent | Toujours |
| 7. 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 |
| 8. 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 |

Grille de calcul des scores de Qualiveen

| Scores des quatre domaines | | | | |
|----------------------------|---------|-------------|----------|---------|
| | Gêne | Contraintes | Craintes | Vécu |
| | # rép. | # rép. | # rép. | # rép. |
| | 1 _____ | 3 _____ | 5 _____ | 7 _____ |
| | 2 _____ | 4 _____ | 6 _____ | 8 _____ |
| Somme des items | = _____ | = _____ | = _____ | = _____ |
| Divisée par | / 2 | / 2 | / 2 | / 2 |
| Score | = _____ | = _____ | = _____ | = _____ |

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

| 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