

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

U r i n a r y S y m p t o m P r o f i l e (U S P)

Les questions suivantes portent sur l'intensité et la fréquence des symptômes urinaires que vous avez eu au cours des **4 dernières semaines**.

Pour répondre aux questions suivantes, il vous suffit de cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse **la plus proche de votre situation**.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seul(e). Prenez tout le temps qui vous sera nécessaire.

Une fois ce questionnaire rempli, remettez-le à votre médecin.

Il peut vous arriver d'avoir des fuites d'urine lors de certains efforts physiques, soit importants (tels qu'une pratique sportive ou une quinte de toux violente), soit modérés (tels que monter ou descendre les escaliers) ou encore légers (tels que la marche ou un changement de position).

1. **Durant les 4 dernières semaines, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :**

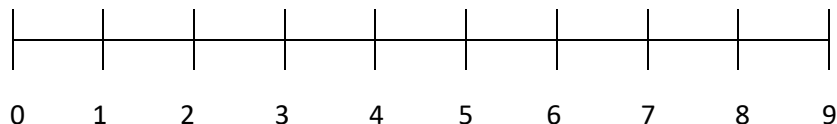
Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

	Jamais de fuite d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT



Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

0
Jamais

1
Moins d'une fois par semaine

2
Plusieurs fois par semaine

3
Plusieurs fois par jour

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

0
Plus de 15 mn

1
De 6 à 15 mn

2
De 1 à 5 mn

3
Moins de 1 mn

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

0
Jamais

1
Moins d'une fois par semaine

2
Plusieurs fois par semaine

3
Plusieurs fois par jour

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

0
Pas de fuites dans cette circonstance

1
Quelques gouttes

2
Fuites en petites quantités

3
Fuites inondantes

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

5. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

0
Deux heures ou plus

1
Entre 1 heure et 2 heures

2
Entre 30 minutes et 1 heure

3
Moins de 30 minutes

6. Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillé(e) la nuit par un besoin d'uriner ?

0
0 ou 1 fois

1
2 fois

2
3 ou 4 fois

3
Plus de 4 fois

7. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

0
Jamais

1
Moins d'une fois par semaine

2
Plusieurs fois par semaine

3
Plusieurs fois par jour

Nom du patient :

Date de naissance : / /

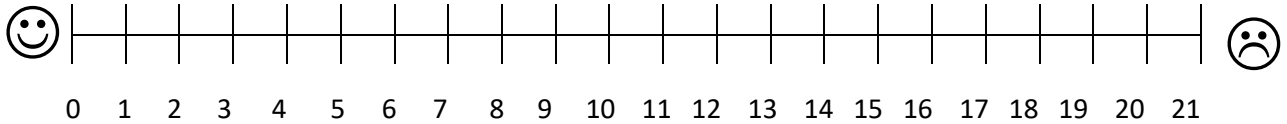
Prénom :

Date de l'examen : / /

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

8. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

0
Normale

1
Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position)

2
Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains

3
Vidange par sonde urinaire

9. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

0
Normal

1
Jet faible

2
Goutte à goutte

3
Vidange par sonde urinaire

10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

0
Miction normale et rapide

1
Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement

1
Miction débutant facilement mais longue à terminer

2
Miction très lente du début jusqu'à la fin

3
Vidange par sonde urinaire

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10

SCORE « DYSURIE »

