

Nom : _____

Prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____

Petit questionnaire autour du périnée

Afin de préciser vos symptômes

Test urinaire

Combien de fois allez-vous uriner dans la journée ?

- Moins de 3 fois 3 à 4 fois 6 à 8 fois 10 à 12 fois Plus

Avez-vous noté une augmentation de fréquence ? Oui Non

Êtes-vous réveillée la nuit pour une envie d'uriner ? Oui Non

Pouvez-vous arrêter le jet d'urine au cours d'une miction (pipi stop) ? Oui Non

(test à réaliser sur une journée, au moins 4 fois sur cette même journée, ne pas faire sur les 1res urines du matin)

si oui : Plus de 5 secs Moins de 5 secondes

si non : Diminution du jet Rien ne se passe

Quand vous urinez, le jet d'urine est-il dévié ? Oui Non À droite À gauche

Vous arrive-t-il de perdre vos urines ? Oui Non

Si oui Le jour La nuit Conscient Inconscient Continu Discontinu

Dans quelles situations ? (0, +/- très faible, + faible, ++ modéré, +++ important, ++++ extrême)

Pendant les rapports		À la pénétration	Lors de l'orgasme	Après les rapports	
Marcher	Sauter	Courir	Tousser	Rire	Chanter
Monter un escalier		Porter quelque chose	Éternuer	Crier	Se moucher
Descendre un escalier		Autre (préciser)			

Vous arrive-t-il ?

- D'avoir envie d'uriner et de ne pas réussir Oui Non

- D'avoir à nouveau envie après avoir vidé votre vessie ? Oui Non

- De ressentir des douleurs en urinant ? Oui Non

Si oui Brûlures Inconfort Externe Interne

- D'uriner pendant que vous dormez ? Oui Non

- De devoir pousser pour uriner ? Oui Non

- D'éprouver une envie d'uriner aux changements de position ? Oui Non

Êtes-vous obligée de courir aux toilettes :

- Dès la moindre envie ? Oui Non

- Si vous entendez l'eau couler ? Oui Non

- Si vous avez les mains/les pieds mouillés ? Oui Non

- Dans une situation de stress ? Oui Non

Vos sensations sont-elles ? Augmentées Diminuées Absentes

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire (2 pages) et de le remettre à votre praticien pour en discuter.

Nom : _____

Prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____

Test vaginal

En sortant du bain ou de la piscine, ressentez-vous de l'eau qui s'écoule par le vagin lorsque vous êtes rhabillée ?

Oui Non

Lorsque vous marchez, vous arrive-t-il ?

- De percevoir des bruits vaginaux

Oui Non

- De ressentir des gaz vaginaux (air dans le vagin)

Oui Non

Percevez-vous des pesanteurs (comme un poids)

Oui Non

- Si oui, pouvez-vous préciser à quel endroit ?

Vagin

Anus

Partout (petit bassin)

- Cette pesanteur est-elle

Palpable

Visible (dans un miroir)

- À quelle occasion ?

Le soir

À la suite d'un effort

Si fatiguée Si énervée Si stressée

Avant

Après

Pendant les règles

Pendant l'ovulation

Pour compléter

Ressentez-vous un changement dans la qualité de vos rapports intimes (un relâchement, une diminution des orgasmes)

Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser : _____

Percevez-vous des douleurs périnéales ?

- Lors des rapports

Non Oui : Localisation _____

- Au moment des règles ?

Non Oui : Localisation _____

- Pour aller à la selle ?

Non Oui : Localisation _____

- Pour s'asseoir ?

Non Oui : Localisation _____

Percevez-vous des douleurs lombaires basses ?

Oui Non

Test anal

À quelle fréquence allez-vous à la selle ? _____

Avez-vous déjà eu des hémorroïdes ?

Oui Non

Présentez-vous des fuites involontaires

De gaz De selles

Avez-vous une technique pour aller à la selle (position, poussée, manœuvre...) ?

Non Oui : laquelle ? _____

Vos habitudes

Votre activité professionnelle _____

Alimentation

Équilibrée

Riche

Sucrée

Salée

Féculents

Si régime, lequel ? _____

Hydratation quotidienne

< 1 litre

1,5 L

> 2 L

Thé

Non Oui : Quantité _____

Café

Non Oui : Quantité _____

Addictions

Fumez-vous ?

Non Oui : Quantité _____ cig/j

Consommez-vous de l'alcool ?

Non Oui : Quantité _____ verres/j

Consommations de drogues ?

Non Oui : Type _____

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire (2 pages) et de le remettre à votre praticien pour en discuter.