GYNEPOLE

QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE

PFDI-20

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes, et si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (**X**) la ou les cases appropriée(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des **3 derniers mois**.

EXEMPLE

Pour la question suivante :
Si vous n'avez généralement pas de maux de tête, cochez simplement la case « Non ».

Avez-vous souvent des *maux de tête* ?

☒ Non ; ☐ Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il…**

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

Si vous avez souvent des maux de tête, cochez la case « Oui » et indiquez à quel point ces maux de tête vous gênent. Par exemple, dans le cas ci-dessous, les maux de tête étaient *moyennement* gênants.

Avez-vous souvent des *maux de tête* ?

☐ Non ; ☒ Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il…**

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☒ Moyennement ☐ Beaucoup

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

2. Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

4. Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

6. Devez vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complétement votre vessie ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

14. Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

15. Allez-vous fréquemment uriner ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous toussez, que vous éternuez ou que vous riez ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup

20. Avez-vous souvent des *douleurs* ou une sensation *d'inconfort* dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?

0 ☐ Non ; ☐ Oui **<u>Si oui,</u> cela vous gêne-t-il…**

1 ☐ Pas du tout **2** ☐ Un peu **3** ☐ Moyennement **4** ☐ Beaucoup