

Questionnaire
Inventaire des désordres urogénitaux

Traduit de *Urogenital distress inventory (UDI)*

Les symptômes suivants ont été décrits par des personnes qui souffrent de pertes involontaires d'urine. Veuillez indiquer ceux qui vous touchent actuellement en précisant le degré de gêne qu'ils vous créent.

Questions	Non (1)	Si oui, quel est le degré de gêne			
		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Urinez-vous fréquemment ?	1	2	3	4	5
2. Sentez-vous un besoin pressant (une urgence) de vider votre vessie ?	1	2	3	4	5
3. Avez-vous des fuites d'urine reliées au sentiment d'urgence ?	1	2	3	4	5
4. Avez-vous des fuites d'urine lors des activités physiques, de la toux ou de l'éternuement ?	1	2	3	4	5
5. Avez-vous des fuites d'urine qui ne sont pas reliées à un besoin pressant, à une activité physique, une toux ou un éternuement ?	1	2	3	4	5
6. Avez-vous des fuites de petites quantités d'urine (une à quelques gouttes) ?	1	2	3	4	5
7. Avez-vous de grandes fuites d'urine (le contenu de la vessie ou presque) ?	1	2	3	4	5
8. Urinez-vous durant la nuit ?	1	2	3	4	5
9. Vous arrive-t-il d'uriner au lit ?	1	2	3	4	5
10. Avez-vous des difficultés à vider la vessie ?	1	2	3	4	5
11. Avez-vous l'impression de ne pas vider votre vessie complètement ?	1	2	3	4	5
12. Sentez-vous une pression au bas de l'abdomen (lourdeur) ?	1	2	3	4	5

Questions	Non (1)	Si oui, quel est le degré de gêne			
		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
13. Avez-vous de la douleur lorsque vous urinez ?	1	2	3	4	5
14. Avez-vous de la douleur dans le bas de l'abdomen, à la vulve ou dans le vagin ?	1	2	3	4	5
15. Sentez-vous une pesanteur à la vulve ?	1	2	3	4	5
16. Sentez-vous une masse à l'entrée du vagin ?	1	2	3	4	5
17. Pouvez-vous voir une masse à l'entrée du vagin ?	1	2	3	4	5
18. Éprouvez-vous un inconfort (lourdeur) à la vulve lorsque vous êtes debout ou que vous vous faites un exercice physique ?	1	2	3	4	5
19. Êtes-vous obligée de pousser contre les parois du vagin pour aller à la selle ?	1	2	3	4	5

Autres symptômes ?

SI OUI, VEUILLEZ LES DÉCRIRE :

Veillez revoir tous les symptômes inclus dans la liste ci-dessus et identifier par son numéro celui qui vous incommode le plus : _____ (Un seul chiffre s'il vous plaît)

Fin du questionnaire

Questionnaire sur les impacts de l'incontinence

Traduit de *Incontinence impact questionnaire(IIQ)*

Certaines femmes estiment que la perte involontaire d'urine peut altérer leurs activités, leurs rapports affectifs et leurs sentiments. Les questions qui suivent portent sur les domaines de votre vie qui auront peut-être été influencés ou modifiés par ce problème. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui reflète le mieux la façon dont vos activités, vos rapports affectifs et vos sentiments sont touchés par les pertes involontaires d'urine.

Les pertes involontaires d'urines ont-elles affecté:	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Votre capacité d'effectuer des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive...)	1	2	3	4
2. Votre capacité de faire l'entretien ou les réparations habituelles dans la maison ou à l'extérieur	1	2	3	4
3. La façon dont vous faites les emplettes	1	2	3	4
4. Vos passe-temps	1	2	3	4
5. Vos activités sportives comme la marche, la natation ou autres exercices	1	2	3	4
6. Vos loisirs comme le cinéma ou les concerts	1	2	3	4
7. Votre capacité de faire des déplacements <u>à moins</u> de 20 minutes de chez vous en voiture ou en autobus	1	2	3	4
8. Votre capacité de faire des déplacements <u>à plus</u> de 20 minutes de chez vous en voiture ou en autobus	1	2	3	4
9. Vous rendre à des endroits où vous êtes certaine qu'il n'y a pas des toilettes ?	1	2	3	4
10. Vos habitudes de voyage	1	2	3	4
11. La fréquentation d'une église ou d'un temple	1	2	3	4
12. Vos activités de bénévolat	1	2	3	4

Les pertes involontaires d'urines ont-elles affecté:	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
13. Le travail (votre emploi) à l'extérieur de la maison	1	2	3	4
14. La fréquence à laquelle vous recevez les amis à la maison	1	2	3	4
15. Votre participation aux activités sociales à l'extérieur de la maison	1	2	3	4
16. Les relations que vous avez avec vos ami(e)s	1	2	3	4
17. Les relations que vous avez avec votre parenté (excepté avec votre conjoint)	1	2	3	4
18. Votre capacité d'avoir des relations sexuelles	1	2	3	4
19. La façon dont vous vous habillez	1	2	3	4
20. Votre santé émotionnelle	1	2	3	4
21. Votre santé physique	1	2	3	4
22. Votre sommeil	1	2	3	4
23. Est-ce que la peur de l'odeur limite vos activités?	1	2	3	4
24. Est-ce que la peur d'être embarrassée par une fuite limite vos activités ?	1	2	3	4

Avez-vous développé des stratégies (ex: boire moins de liquide, uriner plus souvent) pour vous permettre de poursuivre vos activités de la vie de tous les jours? Oui/ Non

Si oui, lesquels:

De plus, est-ce que votre problème crée en vous les sentiments suivants :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1) La nervosité ou l'anxiété	1	2	3	4
2) La peur	1	2	3	4
3) La frustration	1	2	3	4
4) La colère	1	2	3	4
5) La dépression	1	2	3	4
6) La gêne	1	2	3	4

En conclusion, sur une échelle de 0 à 10; indiquez :

a) l'importance, à vos yeux, de votre problème d'incontinence à l'effort.

Pas problématique 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problème très grave

b) l'impact de vos fuites d'urine sur votre qualité de vie.

Pas problématique 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problème très grave

Fin du questionnaire