

Questionnaire pour la 1^{ère} consultation de rééducation périnéale



Date :	
Nom :	Prénom :
Profession :	Date de naissance :
Adresse postale :	Tel Portable :
	Adresse mail :

Antécédents familiaux		
<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Prolapsus	<input type="checkbox"/> Autres

Antécédents personnels			
Âge de la propreté :	<input type="checkbox"/> Énurésie	<input type="checkbox"/> Encoprésie	
Âge des premières règles :	<input type="checkbox"/> Douloreuses	<input type="checkbox"/> Cycles réguliers	
Âge du premier rapport sexuel :	<input type="checkbox"/> Dououreux		
Trouble alimentaire :	<input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier	<input type="checkbox"/> Boulimie	<input type="checkbox"/> Anorexie
<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Bronchite	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Allergie
Traitements actuels :			
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Déprime	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Addiction
Qualité du sommeil :	Endormissement :	<input type="checkbox"/> Réveil nocturne	
Jambe plus courte : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Pieds plats	<input type="checkbox"/> Port de semelles	
Sangle abdominale : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante			<input type="checkbox"/> Diastasis
Autres antécédents personnels (diabète, hypertension...) :			

Antécédents chirurgicaux

Antécédents gynécologiques			
<input type="checkbox"/> IVG	<input type="checkbox"/> IMG	<input type="checkbox"/> Fausse couche	<input type="checkbox"/> Curetage
<input type="checkbox"/> IST	<input type="checkbox"/> Mycoses	<input type="checkbox"/> Infections urinaires	Germe(s)
<input type="checkbox"/> Endométriose	<input type="checkbox"/> Autres (fibromes, adénomyose...)		
<input type="checkbox"/> Douleurs mammaires	<input type="checkbox"/> Mammographie	Date du dernier frottis :	

Quels sports avez-vous pratiqué ?					
<input type="checkbox"/> Tennis	<input type="checkbox"/> Vélo	<input type="checkbox"/> Natation	<input type="checkbox"/> Danse	<input type="checkbox"/> Course à pied	<input type="checkbox"/> Handball
<input type="checkbox"/> V.T.T.	<input type="checkbox"/> Equitation	<input type="checkbox"/> Salle de sport	<input type="checkbox"/> Randonnée	<input type="checkbox"/> Chant	<input type="checkbox"/> Plongée
<input type="checkbox"/> Roller	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Aquabike	<input type="checkbox"/> Paddle	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Aucun
Taille :	IMC :	Poids actuel :		Poids habituel :	
<input type="checkbox"/> Port de lentilles		<input type="checkbox"/> Verres correcteurs		<input type="checkbox"/> Port d'appareils auditifs	
<input type="checkbox"/> Accident du genou		<input type="checkbox"/> Accident de la cheville			

Questionnaire pour la 1^{ère} consultation de rééducation périnéale



Date :	
Nom :	Prénom :

Antécédents obstétricaux du dernier accouchement		
Sexe du bébé <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Poids du bébé :	Date de naissance :
<input type="checkbox"/> Péridurale	<input type="checkbox"/> Expression utérine	
<input type="checkbox"/> Ventouse	<input type="checkbox"/> Spatules/forceps	<input type="checkbox"/> Césarienne
<input type="checkbox"/> Épisiotomie	<input type="checkbox"/> Déchirure Degré :	<input type="checkbox"/> Éraillure
<input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire		
<input type="checkbox"/> Désunion	<input type="checkbox"/> Oedème	<input type="checkbox"/> Hématome
<input type="checkbox"/> Soins du périnée	<input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?	
Douleur de 0 à 10 :		
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hémorroïdes
Douleurs : <input type="checkbox"/> Avant les selles <input type="checkbox"/> Pendant <input type="checkbox"/> Après		
<input type="checkbox"/> Allaitement maternel	<input type="checkbox"/> Alimentation artificielle	Arrêt le :
<input type="checkbox"/> Accompagnement psychologique		

Résumé accouchement du 1 ^{er} enfant		
<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale avec Méthode		

Résumé accouchement du 2 ^{ème} enfant		
<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale avec Méthode		

Résumé accouchement du 3 ^{ème} enfant		
<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale avec Méthode		

Grossesse		
<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Pendant la grossesse	Quel trimestre ?
<input type="checkbox"/> Incontinence anale	<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Selle
<input type="checkbox"/> Gaz vaginaux	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse	<input type="checkbox"/> Pendant la grossesse
<input type="checkbox"/> Rapports sexuels pendant la grossesse	<input type="checkbox"/> Si non, pourquoi ?	
<input type="checkbox"/> Sécheresse vaginale	<input type="checkbox"/> Si oui, quels soins ?	

Questionnaire pour la 1^{ère} consultation de rééducation périnéale



Date :	
Nom :	Prénom :

Fonction urinaire	
<input type="checkbox"/> Besoin ressenti de la miction	
Nombre de mictions par jour :	Par nuit :
Nombre de litres bus :	
Le bruit de l'eau, le lavage des mains à l'eau froide déclenchent-ils une envie d'uriner ?	
Position sur les WC pour uriner :	<input type="checkbox"/> Poussée
<input type="checkbox"/> Déviation du jet à la miction	Qualité du jet ?
<input type="checkbox"/> Hématurie	<input type="checkbox"/> Douleur à la miction
<input type="checkbox"/> Sensation de vidange complète	<input type="checkbox"/> Sensation de gouttes retardataires
<input type="checkbox"/> Sensation de pesanteur pelvienne	Où ? Quand ?
Avez-vous des envies pressantes d'uriner, difficiles à retenir ?	
Pratiquez-vous : <input type="checkbox"/> pipi de précaution ? <input type="checkbox"/> Stop pipi ? <input type="checkbox"/> pipi de retenue ?	
Portez-vous des protections périodiques ?	Quels types ?
<input type="checkbox"/> Hématurie	
Avez-vous des fuites lors des rapports sexuels ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Calendrier urinaire remis à la patiente le :	

Classification de l'incontinence urinaire d'effort	
Stade 1 :	<input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Éternuement <input type="checkbox"/> Rire
Stade 2 :	<input type="checkbox"/> Port de charge <input type="checkbox"/> Marche rapide <input type="checkbox"/> Changement de position
Stade 3 :	<input type="checkbox"/> Au moindre effort

Notes supplémentaires

Questionnaire pour la 1^{ère} consultation de rééducation périnéale



Date :	
Nom :	Prénom :

Fonction anale			
<input type="checkbox"/> Ballonnement	<input type="checkbox"/> Perte des gaz	<input type="checkbox"/> Incontinence fécale	<input type="checkbox"/> Souillure
<input type="checkbox"/> Constipation chronique	<input type="checkbox"/> Constipation occasionnelle	<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Besoin ressenti de la défécation			
Fréquence des selles :		Consistance des selles : (cf. échelle de Bristol)	
Exercez-vous des manœuvres digitales ?			
Devez-vous pousser pour aller à la selle ?			
<input type="checkbox"/> Hémorroïdes	Traitement ?	<input type="checkbox"/> Fissure anale	Traitement ?
<input type="checkbox"/> Douleur avant les selles : <input type="checkbox"/> Pendant <input type="checkbox"/> Après			
Position sur les WC pour aller à la selle :			
Calendrier défécatoire remis à la patiente le :			

Examen périnéal	
Béance vaginale : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Autres	
<input type="checkbox"/> Présence de plis radiés	<input type="checkbox"/> Prolapsus
<input type="checkbox"/> Inversion de commande	<input type="checkbox"/> Périnée descendu <input type="checkbox"/> Périnée descendant
<input type="checkbox"/> Testing vaginal : Score /5	
Rectum : <input type="checkbox"/> Vide <input type="checkbox"/> Plein	
<input type="checkbox"/> Testing rectal : Score /5	

Examens complémentaires conseillés		
<input type="checkbox"/> ECBU	<input type="checkbox"/> PV	<input type="checkbox"/> Manométrie anorectale
<input type="checkbox"/> Échographie endo-anale	<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Adressage vers autres spécialistes ?		
RÉSULTAT :		