

VEUILLEZ INSCRIRE LA
DATE D'AUJOURD'HUI :

Jour Mois Année

N° D'IDENTIFICATION
DU PARTICIPANT :

A LIRE ATTENTIVEMENT

VOUS ALLEZ TROUVER DANS LES PAGES QUI SUIVENT UN CERTAIN NOMBRE DE
DECLARATIONS FAITES PAR DES PERSONNES SOUFFRANT D'INCONTINENCE
URINAIRE (FUITE D'URINE).

VEUILLEZ ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPONSE CORRESPONDANT LE MIEUX À
VOTRE CAS EN CE MOMENT.

SI VOUS HESITEZ SUR LA REPONSE À DONNER, ESSAYEZ DE REpondre DE VOTRE
MIEUX. **IL N'Y A PAS DE REPONSES "JUSTES" OU "FAUSSES"**.

VOS REPONSES RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ CONTACTER :



© University of Washington 1996. Revised 2000.

Ce que vous ressentez

(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

1. J'ai peur de ne pas pouvoir arriver à temps aux toilettes.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

2. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, j'ai peur de tousser ou d'éternuer.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

3. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, je dois faire attention quand je me relève après être resté(e) assis(e).

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

4. Quand je suis dans un endroit que je ne connais pas, je me demande avec inquiétude où sont les toilettes.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

5. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, je me sens déprimé(e).

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

6. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, j'hésite à m'absenter de chez-moi pendant longtemps.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

7. Je me sens frustré(e) parce que mon trouble urinaire ou mon incontinence m'empêche de faire ce que je veux.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

8. J'ai peur que les autres trouvent que je sens l'urine.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

9. Je pense constamment à mon trouble urinaire ou à mon incontinence.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

10. Il est important que je puisse faire de fréquentes visites aux toilettes.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

11. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, je dois prévoir chaque détail à l'avance.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

12. J'ai peur que mon trouble urinaire ou mon incontinence s'aggrave avec l'âge.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

13. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, j'ai des difficultés à bien dormir la nuit.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

14. J'ai peur de me trouver dans une situation embarrassante ou humiliante à cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

15. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, j'ai l'impression de ne pas être en bonne santé.

1 ENORMEMENT
2 BEAUCOUP
3 MOYENNEMENT
4 UN PETIT PEU
5 PAS DU TOUT

(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

16. Je me sens désarmé(e) face à mon trouble urinaire ou à mon incontinence.

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

17. J'ai moins de plaisir à vivre à cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence.

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

18. J'ai peur d'uriner sur moi.

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

19. J'ai l'impression de n'avoir aucun contrôle sur ma vessie.

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

20. A cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence, je dois faire attention à ce que je bois (quantité ou type de boisson).

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

21. Mon trouble urinaire ou mon incontinence m'empêche de m'habiller comme je veux.

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

22. J'ai peur d'avoir des relations sexuelles à cause de mon trouble urinaire ou de mon incontinence.

- 1 ENORMEMENT
- 2 BEAUCOUP
- 3 MOYENNEMENT
- 4 UN PETIT PEU
- 5 PAS DU TOUT

Votre cas personnel

- A-1 Depuis combien de temps souffrez-vous de trouble urinaire ou d'incontinence ?
(*Veillez inscrire un chiffre ci-dessous*)

_____ **NOMBRE D'ANNEES**

_____ **NOMBRE DE MOIS**

- A-2 Au cours de l'année passée, combien de fois avez-vous vu un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute ou toute autre personne du secteur médical pour soigner votre trouble urinaire ou votre incontinence ? (*Veillez inscrire un chiffre ci-dessous*)

_____ **NOMBRE DE VISITES AU COURS DE L'ANNEE PASSEE**

- A-3 Comment décririez-vous la gravité de votre trouble urinaire ou de votre incontinence ? (*Entourez le chiffre correspondant à votre réponse*)

1 LEGÈRE

2 MOYENNE

3 SEVÈRE

- A-4 Perdez-vous de l'urine lorsque vous tousssez, éternuez, courez, marchez, sautez ou lors de toute autre activité ?

0 NON

1 OUI

- A-5 Perdez-vous le contrôle de votre vessie avant d'arriver aux toilettes ?

0 NON

1 OUI

A-6 Perdez-vous de l'urine sans que ce soit lié à une activité précise ou au besoin d'aller aux toilettes ?

0 NON

1 OUI

A-7 Au cours du mois passé, combien de fois avez-vous perdu de l'urine, même en petite quantité, sans le vouloir ? (*Veillez inscrire un chiffre ci-dessous*)

_____ **NOMBRE DE FOIS AU COURS DU MOIS PASSE**

A-8 Au cours du mois passé, combien de fois avez-vous perdu de l'urine, même en petite quantité, sans le vouloir ?

0 JAMAIS AU COURS DU MOIS PASSE

1 1 OU 2 FOIS AU COURS DU MOIS PASSE

2 4 FOIS (A PEU PRES 1 FOIS PAR SEMAINE)

3 2 A 3 FOIS PAR SEMAINE

4 A PEU PRES 1 FOIS PAR JOUR

5 1 OU 2 FOIS PAR JOUR

6 3 OU 4 FOIS PAR JOUR

7 5 FOIS PAR JOUR OU PLUS