

Liste de vérification des symptômes



Avez-vous des pertes d'urine involontaires ?

Oui Non Incertain

Lorsque vous avez envie d'uriner, ressentez-vous l'urgence de le faire aussitôt ?

Oui Non Incertain

Avez-vous des pertes d'urine lorsque vous riez, toussiez, éternuez ou levez un objet lourd ?

Oui Non Incertain

Depuis combien de temps souffrez-vous de pertes d'urine ?

Semaines Mois

Années Incertain

Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'infection des voies urinaires ?

Oui Non

Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'hypertrophie de la prostate ?

Oui Non

Ressentez-vous une sensation d'échauffement lorsque vous urinez ?

Oui Non Incertain

Avez-vous des pertes d'urine lorsque vous vous rendez à la toilette ?

Oui Non Incertain

Avez-vous des pertes d'urine durant le sommeil ?

Oui Non Incertain

Allez-vous souvent à la toilette afin de prévenir des pertes d'urine ?

Oui Non Incertain

Utilisez-vous des coussinets jetables, des couches pour adultes ou tout autre moyen afin d'absorber l'urine ?

Oui Non

Avez-vous des égouttements après avoir uriné ?

Oui Non Incertain

Avez-vous de la difficulté à commencer la miction ?

Oui Non Incertain

Combien de fois vous réveillez-vous durant la nuit pour aller à la toilette ?

0-2 fois Plus de 2 fois

Avez-vous des problèmes lorsque vous allez à la selle (par ex. constipation, diarrhée, douleur) ?

Oui Non Incertain

Prenez-vous des médicaments ?

(Dressez la liste de tout ce que vous prenez ou apportez vos pilules à la consultation.)

Oui Non

Évitez-vous de faire certaines activités à cause de l'incontinence (par ex. magasinage, golf, jardinage) ?

Oui Non

Est-ce que l'incontinence influe sur votre désir ou vos capacités de faire de l'exercice ?

Oui Non Incertain

Est-ce que la perte d'urine vous empêche de profiter d'une bonne nuit de sommeil ?

Oui Non Incertain

Est-ce que l'incontinence a un impact sur vos relations personnelles ?

Oui Non Incertain