

Questionnaire USS — Urethral Stricture Score — Impact de la sténose urétrale (4 dernières semaines)

Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)

Instructions

Merci de remplir ce questionnaire. Les questions suivantes sont destinées à mesurer l'impact de la sténose urétrale sur la vie des patients.

Certaines questions peuvent se ressembler, mais chacune est différente. Prenez le temps de les lire attentivement et d'y répondre, puis cochez la case qui correspond le mieux à vos symptômes au cours des **4 dernières semaines**.

Si vous avez actuellement une sonde urinaire ou un cathéter sus-pubien (cathéter passant par le bas de l'abdomen), veuillez commencer à la page 3.

Symptômes urinaires

1. Lorsque vous souhaitez uriner, y a-t-il un délai avant que le jet urinaire débute ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps

2. Comment qualifieriez-vous la force de votre jet urinaire ?

- Normal
- Occasionnellement faible
- Parfois faible
- La plupart du temps faible
- Tout le temps faible

3. Pendant que vous urinez, vous arrive-t-il de devoir pousser pour continuer à uriner ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps

4. Pendant que vous urinez, est-ce que le jet s'arrête puis recommence ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Parfois

- La plupart du temps
- Tout le temps

5. À quelle fréquence avez-vous la sensation que votre vessie ne s'est pas complètement vidée après avoir uriné ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps

6. À quelle fréquence vous est-il arrivé de mouiller votre slip quelques minutes après avoir fini d'uriner et vous être habillé(e) ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps

TOTAL (Q1 à Q6) : ____ / 24

7. Dans l'ensemble, dans quelle mesure vos symptômes urinaires interfèrent-ils dans votre vie ?

- Pas du tout
- Un peu
- Dans une certaine mesure
- Beaucoup

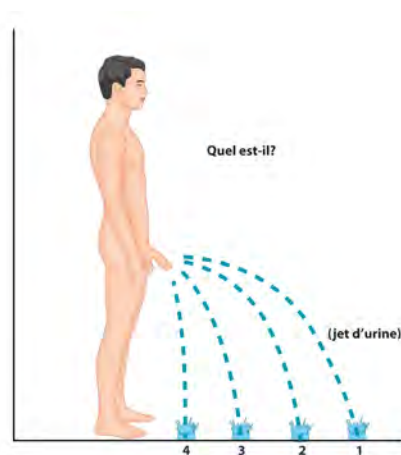
8. Au cours du dernier mois, comment évalueriez-vous la force de votre jet urinaire ?

(Cochez UNE seule case)

Force du jet urinaire (1 à 4)

1 2 3 4

(1 = très faible ; 4 = forte / normale)



Résultat post-opératoire

9. Quelle a été votre dernière intervention (intervention préalable) pour sténose urétrale ? (cochez UNE seule réponse)

- Traitement par sonde / cathéter (sonde urinaire, sonde de Foley, cathéter sus-pubien)
- Traitement conservateur : auto-sondages / auto-dilatations
- Urétrotomie interne
- Dilatation urétrale
- Chirurgie : urétroplastie

9 bis. Êtes-vous satisfait(e) du résultat de votre intervention ? (= dernière intervention)

- Oui, très satisfait(e)
- Oui, satisfait(e)
- Non, insatisfait(e)
- Non, très insatisfait(e)

10. Si vous êtes insatisfait(e) ou très insatisfait(e), quelle est la raison principale ? (cochez UNE seule réponse)

- L'état urinaire ne s'est pas amélioré
- L'état urinaire s'est amélioré, mais il y a eu d'autres problèmes
- L'état urinaire ne s'est pas amélioré et il y a eu également d'autres problèmes

11–15. État de santé aujourd'hui

Consigne : En cochant une case dans chaque groupe ci-dessous, veuillez indiquer quelle affirmation décrit le mieux votre état de santé **aujourd'hui**. (Une seule réponse par groupe.)

11. Mobilité

- Je n'ai pas de problème pour me promener
- J'ai des problèmes pour me promener
- Je suis alité(e)

12. Autonomie

- Je n'ai pas de problème d'autonomie
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller

13. Activités quotidiennes (par ex. travailler, étudier, tâches ménagères, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème à effectuer mes activités quotidiennes
- J'ai des problèmes à effectuer mes activités quotidiennes
- Je suis incapable d'effectuer mes activités quotidiennes

14. Douleur / gêne

- Je n'ai pas de douleur ni de gêne

- J'ai une douleur ou une gêne modérée
- J'ai une douleur ou une gêne extrême

15. Anxiété / dépression

- Je ne suis pas anxieux(se) ni dépressif(ve)
 - Je suis modérément anxieux(se) ou dépressif(ve)
 - Je suis extrêmement anxieux(se) ou dépressif(ve)
-

Échelle de santé (aujourd'hui)

Afin d'aider les personnes à évaluer leur état de santé (bon ou mauvais), nous utilisons une échelle simple :

0 = pire état de santé imaginable et 10 = meilleur état de santé imaginable.

Question : Aujourd'hui, comment évaluez-vous votre état de santé ? (*cochez UNE case*)

0 = Pire état de santé imaginable 10 = Meilleur état de santé imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FIN

N'oubliez pas de retransmettre ce questionnaire par voie informatique, notamment via votre compte Doctolib, en allant sur le partage de documents.

Paraphe (initiales) : _____

