

CENTRE HOSPITALIER COTE DE LUMIERE

POLE MERE-ENFANT

75, avenue d'Aquitaine BP10393
85108 LES SABLES D'OLONNE CEDEX

UNITE DE REEDUCATION URO-GYNECOLOGIQUE

☎ 02.51.21.86.75 - ☎ 02.51.21.87.39

N° Dossier :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 ☎ : _____ Situation familiale : _____ Profession : _____ Sport : _____
 Médecin prescripteur : _____ Médecin traitant : _____ Rééducation périnéale antérieure : _____

Date : _____ Date D/R : _____ Jour du cycle : _____ Durée : _____

Motif de la consultation : IUE . IUU . IUM . HAD . PRO . SEXO . PP . PPP . PRE-OP . POST-OP . IA . Pollakiurie

ANTECEDENTS

FAMILIAUX IU PROLAPSUS

MEDICAUX TAILLE : _____ POIDS : _____ BMI/IMC : _____
 DIABETE HTA GAINÉ CORSET
 ALCOOL ENURESIE OBESITE
 HEPATITE SIDA ALLERGIE LATEX
 PACEMAKER BRONCHITE CHRONIQUE
 AUTRE : _____
 TRAITEMENT : _____

URO-GYNECO INFECTION URINAIRE FREQUENCE : _____
 MENOPAUSE DEPUIS : _____ TRAITEMENT : _____
 CONSTIPATION DYSURIE
 INCONTINENCE : URINES GAZ MATIERES

CHIRURGICAUX HYSTERECTOMIE : _____ PROLAPSUS : _____
 CURE IUE : _____ AUTRES : _____

COURS PREPARATION ACCOUCHEMENT OUI NON
 INFORMATION INCONTINENCE OUI NON
 ALLAITEMENT OUI NON

OBSTETRICaux

Date d'accouchement	↑poids pdt grossesse	Durée Temps Travail	VH VB	Décl med	AG PERI	Forc Vent	Episio	Dech	IUE.PP IA.PP	Poids Enfant	P.C	E.A

BILAN URO-DYNAMIQUE :

FREQUENCES MICTIONS-SELLES	
Mictions	Jour Nuit
Selles	Jour Nuit
Difficultés à se retenir	Selles : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Urgenturie	Oui <input type="checkbox"/> Sans fuite <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/> Avec fuite <input type="checkbox"/>
Apport H ₂ O / 24h	
Stop-Test	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

PROTECTIONS	NOMBRE / JOUR				
	1	2	3	4	+
Change complet					
Garniture					
Mini-garniture					
Protège-slip					
Autre					
Rien					
SECHES <input type="checkbox"/>	HUMIDES <input type="checkbox"/>	MOUILLEES <input type="checkbox"/>			
Pad-Test	1h : gr	24h : gr	48h : gr		

FUITES		
Fuites urinaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Depuis :	
Fuites anales : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Depuis :	
Gaz : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Selles : Liquides <input type="checkbox"/>	Solides <input type="checkbox"/>
FREQUENCE		
Plus d'une fois par jour		IU
De une fois par jour à une fois par semaine		IA
De une fois par semaine à une fois par mois		
Une fois par mois ou moins		

CIRCONSTANCES		
Fuites urinaire par urgenturie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Emotionnelle		HAD
Fou rire		Mains dans l'eau
Orgasme		Bruit du robinet
Frayeur		Au froid
A l'effort		
	IU	IA
Eternuement		Course
Toux		Saut
Vomissements		Gym
Rire		Changement de position
Rapports		Soulèvement d'objet lourd
Marche		Autres

GENE :
DOULEUR :

SENSATION DE PESANTEUR :
PROFIL PSYCHOLOGIQUE :

VIE SEXUELLE : Eupareunie

Dyspareunie Sensation béance vaginale Depuis :
Diminution de sensations Depuis :
Autres : Depuis :

INDEX D'ACTIVITE SOCIALE (EVA) :

CONTILIFE ® :

VULVE :
Trophicité : Bonne
Insuffisante

Fermée
Béance modérée
Béance importante

DISTANCE ANO-VULVAIRE :

CICATRICE :

PROLAPSUS :
Urétrocèle OUI NON
Cystocèle C1 C2 C3
Rectocèle R1 R2 R3
Hystéroptose H1 H2 H3

RELEVEURS :
Testing :
Tenue : Bonne Médiocre
Fatigabilité : Normale Rapide

Droit	0	1	2	3	4	5
Gauche	0	1	2	3	4	5

EFFET DES RELEVEURS SUR LE PROLAPSUS : Nul Faible Modéré Important

INVERSION DE COMMANDE : OUI NON

SYNCINESIES :

TONICITE DU SPHINCTER ANAL : Normale Hypo Hyper

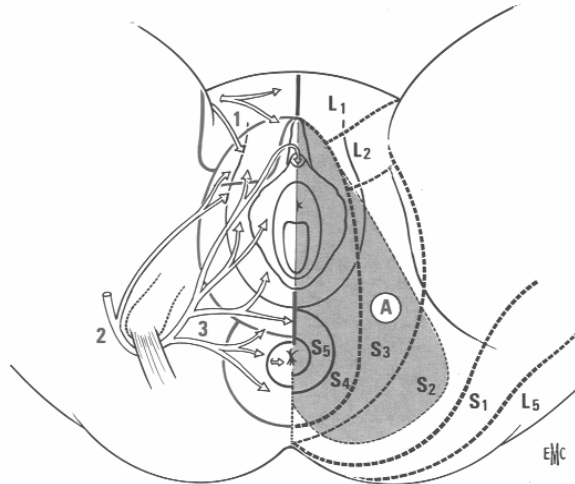
CONTRACTION AUTOMATIQUE DES RELEVEURS OU DU SPHINCTER ANAL (à la toux) :

CONTRACTION REFLEXE DES RELEVEURS OU DU SPHINCTER ANAL (réflexe d'étirement) :

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

REFLEXES :
 clitorido-anal
 anal

EXAMEN DE LA SENSIBILITE :



Innervation de la vulve.
 A. Territoire du nerf honteux.
 1. Nerfs iliohypogastrique, ilio-inguinal, génito-fémoral
 2. Nerf cutané postérieur de la cuisse
 3. Nerf honteux

COMMENTAIRES :

Séance n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nb de séances prescrites :															
Date du traitement															
Rééducation manuelle															
Electrostimulation fonctionnelle															
Biofeedback Pression / EMG															
Traitement comportemental															
Médical															

BILANS ET INDICATEURS :

INDICATEURS		Date de début	Date intermédiaire	Date de fin
Testing levator ani Cotation de 0 à 5	Côté droit			
	Côté gauche			

Douleur (eva)	Spontanée			
	Provoquée			

Nombre de mictions	Jour			
	Nuit			

Nombre de fuites urinaires	Jour			
	Nuit			

Nombre et type de protections	Jour			
	Nuit			

Pad-Test en gr	1h	24h	48h		
-----------------------	----	-----	-----	--	--

Echelles de qualité de vie	I.A.S			
	Contilife®			

Fuites anales	Gaz			
	Selles			

Prolapsus	Cotation			
	Pesanteur			
	Gêne			

Autres				

BILAN	Subjectif	Miction	Gêne / Prolapsus	Clinique	Sexo	IAS - Contilife®
Guérison						
Nette amélioration						
Amélioration modérée						
Inchangé						
Aggravation						

SUIVI PATIENTE :

	1 Mois	2 Mois	3 Mois	6 Mois	1 An	2 Ans	3 Ans	4 Ans	5 Ans	Plus
Date										
Testing										
BFB pression										
Fuites urinaires										
Fuites anales										
Protections										
Pad-Test										
Mictions										
Prolapsus										
Gêne										
Sexo										
I.A.S (eva)										
Contilife®										

COMMENTAIRES :