

**Questionnaire sur les troubles de la statique pelvienne
Version courte (PFDI-20)**

Mapi Research Institute - Traduction française financée par les Laboratoires Coloplast

Nom : Date :

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes et, si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (X) la ou les cases appropriée(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des **3 derniers mois**.

EXEMPLE

Pour la question suivante :

Si vous n'avez généralement pas de maux de tête, cochez simplement la case « Non ».

Avez-vous souvent des maux de tête ?

Non ; Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Si vous avez souvent des maux de tête, cochez la case « Oui » et indiquez à quel point ces maux de tête vous gênent. Par exemple, dans le cas ci-dessous, les maux de tête étaient moyennement gênants.

Avez-vous souvent des maux de tête ?

Non ; Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose appuie dans le bas du ventre ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
2. Avez-vous souvent une sensation de pesanteur ou de lourdeur dans la région génitale ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
4. Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
6. Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?				
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...			
0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

<p>11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>14. Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>15. Allez-vous fréquemment uriner ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p>20. Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p> Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup</p>
<p align="center">Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire</p>

Calcul du score pour le PFDI-20

Nom : Date :			
Inventaire des symptômes de prolapsus génital (POPDI-6) Questions 1 à 6	Inventaire des symptômes colo-recto-anaux (CRADI-8) Questions 7 à 14	Inventaire des symptômes urinaires (UDI-6) Questions 15 à 20	
1. 2. 3. 4. 5. 6.	7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14.	15. 16. 17. 18. 19. 20.	
Total : / 6	Total : / 8	Total : / 6	
Score moyen : x 25	Score moyen : x 25	Score moyen : x 25	
Échelle : (0 à 100)	+ Échelle : (0 à 100)	+ Échelle : (0 à 100)	= SCORE PFDI-20 (0 à 300)
Non : 0 Pas du tout : 1 Un peu : 2 Moyennement : 3 Beaucoup : 4			