



CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Pôle Chirurgie Mère Enfant

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

FAX : 02 98 62 62 50

Questionnaire sur les troubles de la statique pelvienne

Version courte (PFDI-20)

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 appropriées(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, Pas du tout 2 Un peu 3, 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, Pas du tout 2 Un peu **3, Moyennement** Beaucoup

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

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

2. Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

4. Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?
Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?

Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

6. Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ? Non /Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1 Pas du tout 2 Un peu 3 Moyennement 4 Beaucoup

12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ? Non /Oui

<p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 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 ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>15. Allez-vous fréquemment uriner ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>
<p>20. Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ? Non /Oui</p> <p>Si oui, cela vous gêne-t-il...</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 3 Moyennement <input type="checkbox"/> 4 Beaucoup</p>

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

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 Score moyen : x 25	Total : / 8 Score moyen : x 25	Total : / 6 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			