
SF-QUALIVEEN®

Comment répondre au questionnaire :

Les questions suivantes concernent les problèmes urinaires que vous pouvez avoir, la façon dont vous vous en occupez et dont vous les vivez.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seul(e). Prenez tout le temps qu'il vous sera nécessaire. Il n'y a pas de réponse juste ou fausse. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation. Nous vous rappelons que vos réponses resteront strictement anonymes et confidentielles.

Répondez aux questions en pensant à la façon dont vous urinez en ce moment.

Nous vous remercions de votre participation.

➤ Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

 |_|_| |_|_| |_|_|
 Jour Mois Année

**LES INFORMATIONS CONTENUES DANS CE QUESTIONNAIRE SONT STRICTEMENT ANONYMES ET
CONFIDENTIELLES**

VOS PROBLEMES URINAIRES ET LA FAÇON DONT VOUS URINEZ EN CE MOMENT :

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie

	Pas du tout	Un petit peu	Moyen- nement	Beaucoup	Enormément
1. Dans l'ensemble, vos problèmes urinaires vous compliquent-ils la vie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Etes-vous gêné(e) par le temps passé pour uriner (ou vous sonder)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Craignez-vous une dégradation de vos troubles urinaires	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Craignez-vous de sentir l'urine	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Vous sentez-vous anxieux(se) en raison de vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Eprenez-vous un sentiment de honte en raison de vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	Toujours
7. Votre vie est-elle conditionnée par vos problèmes urinaires	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Pouvez-vous improviser des sorties	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Grille de calcul des scores de Qualiveen

		Scores des quatre domaines							
		Gêne		Craintes		Vécu		Contraintes	
		#	rép.	#	rép.	#	rép.	#	rép.
		1	_____	3	_____	5	_____	7	_____
		2	_____	4	_____	6	_____	8	_____
Somme des items	=	_____		= _____		= _____		= _____	
Diviser par	÷	2		÷ 2		÷ 2		÷ 2	
Score	=	_____		= _____		= _____		= _____	
Score Total de Qualiveen									
Scores									
		Gêne		_____					
		Craintes		_____					
		Vécu		_____					
		Contraintes		_____					
Somme des scores	=	_____		= _____					
Diviser par	÷	4		÷ 4					
Score Total	=	_____		= _____					

: numéro de l'item

rép. : réponse indiquée sur l'item