

Enquête sur l'incontinence urinaire

	Oui	Non
1. Je dois uriner plus de 7 fois/jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai continuellement l'impression d'avoir envie d'uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me lève plusieurs fois dans la nuit pour aller uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai fait de la rééducation périnéale (biofeedback, électrostimulation, etc.), sans résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je ne parviens pas à atteindre les toilettes à temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je porte des protections par mesure de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai déjà eu un traitement médicamenteux mais je l'ai arrêté car j'avais des effets secondaires non tolérables ou il n'a pas été efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lorsque j'éternue, je tousse ou je ris, j'ai parfois des fuites d'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez les médicaments que vous avez pris pour traiter votre incontinence urinaire :

.....

.....

.....