

Fiche préparatoire de discussion pluridisciplinaire pour validation d'indication de pose de bandelette sous-urétrale chez la femme

Date de la RCP :

Chirurgien responsable :

Médecin traitant:

Autres correspondants:

Identité Patient (Nom, Prénom, DDN) :

Poids : **Taille :** **IMC:**

Antécédents et contexte clinique

- | | | |
|--|--|--|
| Rééducation périnéo-sphinctérienne: | <input type="checkbox"/> Non réalisée | <input type="checkbox"/> Oui, date |
| Antécédent de maladie neurologique : | <input type="checkbox"/> Oui, préciser : | <input type="checkbox"/> Non |
| Antécédent de chirurgie de l'incontinence urinaire : | <input type="checkbox"/> Oui, préciser: | <input type="checkbox"/> Non |
| Antécédent de chirurgie du prolapsus (POP) : | <input type="checkbox"/> Oui, préciser: | <input type="checkbox"/> Non |
| Antécédent de chirurgie pelvienne autre que POP : | <input type="checkbox"/> Oui, préciser: | <input type="checkbox"/> Non |
| Antécédent d'irradiation pelvienne: | <input type="checkbox"/> Oui, préciser: | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles ano-rectaux : | <input type="checkbox"/> Oui, préciser: | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles génito-sexuels : | <input type="checkbox"/> Oui, préciser: | <input type="checkbox"/> Non |
| Ménopause : | <input type="checkbox"/> Oui, date..... | <input type="checkbox"/> Non |
| Parité : | | |

Profession :

Evaluation des symptômes (interrogatoire) :

- Incontinence urinaire d'effort Incontinence urinaire mixte Autre :
- Troubles de vidange Sévérité des fuites (Nombre de protections par jour) :

*Score USP (facultatif) : Score incontinence : Score HAV : Score Dysurie :

*Calendrier mictionnel (pour incontinence urinaire mixte) : à joindre

De manière générale, à quel point vos fuites vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ?/10

Examen clinique :

- Hypermobilité urétrale : Oui Non
- Test à la toux : Positif Négatif
- Mancœuvre de soutènement : Positive Négative
- Prolapsus associé : Non Oui, préciser :
- Inversion de commande : Oui Non
- Testing des releveurs : / 5

Débitmétrie

Qmax = mL/sec **Volume uriné =** mL **RPM :** mL **Courbe normale:** Oui Non

***Bilan urodynamique (facultatif selon données cliniques):**

- Cystomanométrie :**
- Sensibilité vésicale : Normale Hypersensible Hyposensible
- Hyperactivité du détrusor : Oui Non
- Capacité Vésicale maximale: ml
- Contractilité vésicale : Normale Abaissée Absente Non évaluable
- Profilométrie (PCUM) : cm d'eau

***Examens Complémentaires facultatifs (dont imagerie) :**

Proposition de la RCP :

* Informations optionnelles, selon situation

Encadré : informations obligatoires