

Fiche RCP incontinence urinaire - pose de bandelette sous-urétrale

Date de la RCP :

Participants (Nom Prénom, Spécialité) :

Médecin traitant :

Autres correspondants

Chirurgien responsable :

Identité Patient(e) (Nom, Prénom, DDN) :

Poids :

Taille :

BMI :

Antécédents et contexte clinique

Rééducation périnéo-sphinctérienne:	Oui, date	Non
Antécédent de maladie neurologique :	Oui, préciser	Non
Antécédent de chirurgie de l'incontinence urinaire :	Oui, préciser	Non
Antécédent de chirurgie du prolapsus (POP) :	Oui, préciser	Non
Antécédent de chirurgie pelvienne autre que POP :	Oui, préciser	Non
Antécédent d'irradiation pelvienne:	Oui, préciser	Non
Troubles ano-rectaux :	Oui, préciser	Non
Troubles génito-sexuels :	Oui, préciser	Non
Ménopause :	Oui	Non

Profession :

Activité physique et sportive :

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 : Score incontinence :

Score HAV :

Score Dysurie :

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

EVA gêne :/10

Examen clinique :

Hypermobilité urétrale : Oui / Non / Faible
Test toux + : Oui / Non / douteux
Manœuvre de soutènement positive : Oui / Non / Douteux
Prolapsus associé : Oui / Non (si oui, préciser le type :)
Testing des releveurs : ... / 5

Débitmétrie

Qmax=..... mL/sec Volume uriné =.....mL RPM : mL Poussées abdominales : Oui Non

***Bilan urodynamique:**

Débitmétrie : Qmax=..... mL/sec Volume uriné =.....mL RPM : mL Poussées abdominales : Oui Non
Cystomanométrie : Sensibilité vésicale : Normale Hypersensible Hyposensible Capacité Vésicale maximale: ml
Profilométrie : PCUM=..... cmH2O

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

Proposition de la RCP :