

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 Patiente (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 détroisor : 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