

## BILAN URO GYNECOLOGIQUE

Nom  Prénom

Motif consultation  Autre

Praticien en charge de la rééducation

### Habitudes de vie

Profession  Sport

Boisson  Quantité

### Antécédents médicaux

Taille  Poids  ☐ Variation de poids

☐ Enurésie ☐ Diabète ☐ Bronchite chronique

Autres maladies / Médicaments / Compléments alimentaires

### Antécédents Uro-gynéco

☐ Infection urinaire ☐ Infection vaginale Fréquence

Cycle menstruel ☐ Irrégulier ☐ Douleurs Moyen contraceptif

☐ Rééducation Périnéale antérieure Date  Type

☐ Ménopause Depuis  Traitement

### Antécédents Anorectaux

Fréquence des selles  ☐ Constipation

☐ Douleurs à l'exonération ☐ Hémorroïdes ☐ Incontinence anale ☐ Gaz ☐ Matières



## Antécédents obstétricaux

Date naissance					
Poids enfant					
Périmètre crânien					
Prise de poids mère					
Césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Péridurale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisiotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUE pendant grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUE après	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Antécédents familiaux

☐ Prolapsus

☐ Incontinence Urinaire

## Antécédents chirurgicaux / Autres

## Symptômes

- ☐ Fuites urinaires ☐ Prolapsus ☐ Impériosité ☐ Sciatalgies  
☐ Douleurs à la miction ☐ Douleurs du coccyx

Autre

## Généralités

- Allaitement ☐ Oui ☐ Non Retour de couche ☐ Oui ☐ Non  
Peut garder un tampon ☐ Oui ☐ Non Bruits vaginaux ☐ Oui ☐ Non

## Mictions

Fréquence Jour  Nuit

- ☐ Difficulté à uriner / Dysurie ☐ Poussée abdominale ☐ Retard du déclenchement  
☐ Difficulté à se retenir ☐ Impériosité

Conclusion du calendrier mictionnel

## Incontinence

Date d'apparition  Fréquence  Rythme/cycle

- Caractère ☐ Jet ☐ Goutte à goutte ☐ Insensible ☐ Retardataire  
Incontinence ☐ Diurne ☐ Nocturne ☐ Continuelle  
Protections ☐ Occasionnelles ☐ Permanentes Type ☐ Protège slip ☐ Protection ☐ Couche

## Effort (stades)

- ☐ 1 ⇒ ☐ Toux ☐ Eternuement  
☐ 2 ⇒ ☐ Saut ☐ Gym ☐ Danse  
☐ 3 ⇒ ☐ Marche ☐ Changement de position ☐ Rapports Sexuels ☐ Fou rire

## Hyperactivité

Permanente ☐ Oui ☐ Non

- Causes  
Stress ☐ Envie ☐ Fuite  
Froid ☐ Envie ☐ Fuite  
Bruit de robinet ☐ Envie ☐ Fuite  
Mains dans l'eau ☐ Envie ☐ Fuite  
Clé dans la porte / paillason ☐ Envie ☐ Fuite

## Sexologie

Vie sexuelle ☐ Oui ☐ Non ☐ Dyspareunie Type

☐ Dysorgasmie ☐ Anorgasmie ☐ Vaginisme Depuis

## Investigations complémentaires :

Examen cytot bactériologique, urodynamique, échographie, IRM, EMG, ..

## Examen clinique

Date

Début

Fin

### Global

Respiration

☐ Abdominale  
☐ Thoracique

☐ Abdominale  
☐ Thoracique

Posture



Paroi abdominale



### Périnéal : Observation

Distance A.V.



☐ Motricité

☐ Motricité

Aspect cutané



Vulve

☐ Ouverte ☐ Fermée

☐ Ouverte ☐ Fermée

Cicatrice



Marge anale



☐ Réflexe à a toux  
☐ Prolapsus visible

☐ Réflexe à a toux  
☐ Prolapsus visible

### Périnéal : Palpatoire

Sensibilité gauche

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

Sensibilité droite

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

☐ S2 ☐ S3 ☐ S4

Réflexes

☐ Anal ☐ Clitorido / anal

☐ Anal ☐ Clitorido / anal

☐ Noyau centr. périnée tonique

☐ Noyau centr. périnée tonique

☐ Test périnée desc. positif

☐ Test périnée desc. positif

☐ Béance vaginale

☐ Béance vaginale

Prolapsus (degré)

☐ Cystocèle

☐ Cystocèle

☐ Urétrocèle

☐ Urétrocèle

☐ Rectocèle

☐ Rectocèle

☐ Elytrocèle

☐ Elytrocèle

☐ Hystéroptose

☐ Hystéroptose

## Fonctionnel

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contraction init. sans consigr | <input type="checkbox"/> Contraction init. sans consigr |
| <input type="checkbox"/> Contraction init. dirigée      | <input type="checkbox"/> Contraction init. dirigée      |

### Plan Profond

Fibres toniques

temps de tenue

temps de tenue

Fibres phasiques

☐ Rapide et puissant

☐ Rapide et puissant

Nombres de répétitions

### Plan Superficiel

Fibres toniques

temps de tenue

temps de tenue

Fibres phasiques

☐ Rapide et puissant

☐ Rapide et puissant

Nombre de répétitions

## Assymétrie

sensibilité

plan profond

plan superficiel

contraction

plan profond

plan superficiel

## Synchronisation

☐ Test à la toux

☐ Test à la toux

☐ Test à l'effort

☐ Test à l'effort

☐ Inversion de commande

☐ Inversion de commande

Syncinésies

Synergies