

BILAN URO HOMME

Nom

Prénom

Motif consultation

Habitudes de vie

Profession

Sport

Boisson

Quantité journalière

Antécédents médicaux

Taille

Poids

☐ Variation de poids

☐ Rééducation Périnéale antérieure

Date

Type

Antécédents Chirurgicaux

Type d'intervention

Date

Médecin prescripteur

Date

Prescription

Antécédents chirurgicaux / Autres

Symptômes

Incontinences urinaires

☐ Fuites urinaires Conditions

Provoque une gêne : ☐ Vie Professionnelle

☐ Loisirs et vie quotidien

☐ Fuites importantes ☐ Port de protections journalières ☐ Port de protections nocturnes

Autre

Habitudes mictionnelles

Fréquence

Jour

Nuit

☐ Réveil à cause du besoin d'uriner Autre

☐ Envies soudaines non retenues Cause



Mazet
Santé

Comportement mictionnel

- ☐ Besoin d'uriner ressenti ☐ Difficultés pour uriner
☐ Poussée pour déclencher la miction ☐ Poussée au cours de la miction
Jet urinaire ☐ Faible ☐ Normal ☐ Fort ☐ Fractionné ☐ En une seule fois

Qualité de vie

Evaluer votre gêne sur une échelle de 0 (aucune gêne pas de dégradation de votre qualité de vie) à 10 (gêne très importante dégradant fortement votre qualité de vie)

Gêne due aux problèmes urinaires	<input type="text"/>	Gêne dans la vie professionnelle	<input type="text"/>
Gêne dans la vie personnelle	<input type="text"/>	Gêne dans les loisirs	<input type="text"/>

Testing musculaire

0 = pas de contraction ; 1 = frémissement ; 2 = contraction à peine perceptible

3 = contraction moyenne non reproductible 3 fois 1 seconde

4 = contraction contre résistance reproductible avec une fatigabilité

5 = contraction puissante contre résistance 5 fois 6 secondes

	Bilan Initial	Bilan Intermédiaire	Bilan Final
Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Test musculaire global	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bulbo-spongieux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retenue urétrale volontaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inversion de commande	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Synergies musculaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fibres lentes : temps de tenue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fibres rapides : nombre de répétitions / puissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conclusion et diagnostic kinésithérapique

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incontinence Urinaire d'Effort | <input type="checkbox"/> Instabilité vésicale |
| <input type="checkbox"/> Vessie mixte | <input type="checkbox"/> Incontinence Urinaire par regorgement |
| <input type="checkbox"/> Pollakiurie | <input type="checkbox"/> Dysurie |

Qualité de la vie sexuelle

Evaluation de votre vie sexuelle avant

Satisfaction

Fréquence

Pendant les 6 mois précédant l'opération

Possibilité d'avoir une érection et de la maintenir

Difficulté de rester en érection jusqu'à la fin du rapport

Depuis l'intervention

Information des effets secondaires possible sur la sexualité

☐ Oui ☐ Non

Connaissance du compte rendu opératoire

☐ Oui ☐ Non

Satisfaction de la prise en charge de la sexualité post opératoire

☐ Oui ☐ Non

Problèmes rencontrés

☐ Erection insuffisante

☐ Pas d'érection

☐ Traitement difficile à réaliser

☐ Pas de traitement proposé

☐ Accompagnement insuffisant

☐ Accompagnement inexistant

☐ Relation avec la (le) partenaire

☐ Fuites urinaires pendant le rapport

☐ Pas d'éjaculation

☐ Pas d'orgasme

Prise en charge proposée

☐ Traitement per-os : Viagra, Cialis...

☐ Injection intra-caverneuse

☐ Vacuum

☐ Crème intra-urétrale

Le traitement est il satisfaisant ☐ Oui ☐ Non

Comment évalueriez-vous votre qualité de vie sexuelle (0 pas de vie sexuelle,10 satisfaisante) ?

Avant l'intervention

Aujourd'hui