**Nom : Prénom : Date de naissance :**

*Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle au cours des 6 derniers mois :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IPSS : International Prostate Score Symptom** |  |  |
|  | Jamais | Environ 1fois sur 5 | Environ 1fois sur 3 | Environ 1fois sur 2 | Environ 2fois sur 3 | Presque toujours |  |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | Jamais | 1 fois | 2 fois | 3 fois | 4 fois | 5 fois |  |
| Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| * 0 – 7 = léger
* 8 – 19 = modéré Total IPSS :
* 20 – 35 = sévère
 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Évaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires** |  |
|  | Très satisfait | Satisfait | Plutôt satisfait | Partagé (ni satisfait, ni ennuyé) | Plutôt ennuyé | Ennuyé | Très ennuyé |  |
| Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous en seriez : | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |