**Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE)**

**Comment remplir le questionnaire :**

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez ressenti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu’une seule réponse par ligne. Si vous n’êtes pas concernée par certaines activités (ex. : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n’en prenez pas), mettez une croix dans la case "nonconcernée".

Nous vous demandons d’essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

Jour Mois Année

**Non concernée**□ 0 **Pas du tout**□ 1  **Un peu** □ 2 **Moyennement**□ 3

**Beaucoup**□ 4  **Enormément** □ 5

**ACTIVITES QUOTIDIENNES**

**Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :**

*(Cochez la case de votre choix, une par ligne)*

1. lorsque vous étiez à l’extérieur de chez vous ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

3. lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

4. pour faire les courses ou des achats ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

5. pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

6. **Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :**

*(Cochez la case de votre choix)*avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ? □ 0□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle**

**fréquence** : *(Cochez la case de votre choix)*

7. vous êtes-vous réveillée mouillée ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**SITUATIONS D’EFFORT**

**Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :**

*(Cochez la case de votre choix, une par ligne)*

8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique)? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ?

 □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

11. lorsque vous avez eu un fou rire ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**IMAGE DE SOI**

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle**

**fréquence :**

*(Cochez la case de votre choix, une par ligne)*

12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

13. avez-vous craint de “sentir mauvais” ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

15. avez-vous eu peur de faire des tâches chez les autres ou au travail ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

16. avez-vous dû changer de tenue ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle**

**fréquence :**

*(Cochez la case de votre choix)*

17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ? □ 0□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires** : *(Cochez la case de*

*votre choix)*

18. avez-vous été gênée par le fait d'avoir à porter des protections ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**RETENTISSEMENT EMOTIONNEL**

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle**

**fréquence :**

*(Cochez la case de votre choix, une par ligne)*

19. vous êtes-vous sentie découragée ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

20. avez-vous perdu patience ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

21. la crainte d’avoir des troubles urinaires vous a-t-elle préoccupée ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

22. avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir maîtriser vos réactions ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

23. vos troubles ont-ils été une obsession, une hantise pour vous ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

24. avez-vous dû penser à emporter des protections avant de sortir ? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**SEXUALITE**

**Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires:**

*(Cochez la case de votre choix, une par ligne)*

25. vous êtes-vous sentie anxieuse à l’idée d’avoir des rapportssexuels? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

26. avez-vous modifié votre comportement sexuel? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

27. avez-vous craint d'avoir des fuites au cours des rapports sexuels? □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

**QUALITE DE VIE GLOBALE**

28. Compte-tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre Qualité de Vie ?

 □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5