QUESTIONNAIRE « FUITES URINAIRES JOUR/NUIT » (ENFANT)

Nom et prénom : ……

Quel âge as-tu ? …….. ans

Faire pipi au lit, est ce que cela t'embête ? OUI / NON

Qu'est ce qui est, pour toi, le plus embêtant ?

……

Veux-tu qu'on en discute ensemble ? OUI / NON

Si NON, pourquoi ne veux-tu pas qu'on en parle ?

……

Vas-tu dormir chez des copains-copines ? OUI / NON

As-tu une activité prévue où tu déloges pendant plusieurs nuits ? OUI / NON

En as-tu parlé à un copain ou une copine ? OUI / NON

Est ce qu'on se moque de toi ou se fâche-t-on sur toi ? OUI / NON

La nuit

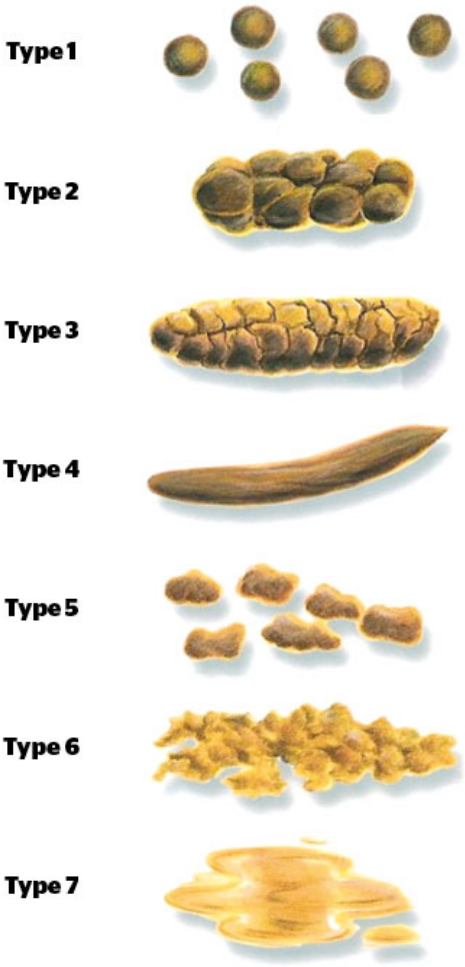
- Combien de fois fais-tu pipi au lit sur une semaine de 7 jours …….. fois
- Mets-tu des langes ? OUI / NON
  - Si oui, est-ce que le pipi déborde du lange ? OUI / NON
  - Qui enlève le lange le matin ? ……
  - Fais-tu parfois pipi dans ton lange alors que tu es éveillé ? OUI / NON
  - Qui change les draps du lit si le pipi a débordé ? ……
- Te réveilles-tu pendant la nuit pour boire ? OUI / NON
- Est-ce que tu te réveilles parfois pendant la nuit parce que tu es mouillé ? OUI / NON
- Est-ce que tu te réveilles parfois la nuit parce que tu as besoin de faire pipi ? OUI / NON
- As-tu peur la nuit (noir, fantômes, monstres…) ? OUI / NON
- Dors-tu seul dans ta chambre ? OUI / NON

La journée

- Peux-tu aller à la toilette facilement à l'école ? OUI / NON
- As-tu des fuites de pipi dans le slip/culotte ? OUI / NON
  - Si oui, que fais-tu ? ……..…….
  - Est-ce que tu as des culottes de rechange à l'école ? OUI / NON
- Est-ce que, parfois, ce sont tes parents ou institutrice qui te demandent d'aller faire pipi ? OUI / NON
  - Si oui, comment voient-ils que tu dois faire pipi ?

    ……..……
- Est-ce que parfois tu ne sais plus te retenir et tu dois courir jusqu'à la toilette ? OUI / NON
- A l'école, combien de fois vas-tu faire pipi ? …….. fois
  - A chaque récréation ? OUI / NON
  - Quittes-tu souvent la classe pour aller faire pipi ? OUI / NON
- Dois-tu parfois pousser pour que le pipi sorte ? OUI / NON
- Peux-tu boire facilement à l'école ? OUI / NON
- Que bois-tu pendant que tu es à l'école ? ……..……
- Vides-tu ta gourde ou ta bouteille ? OUI / NON
- Que bois-tu en rentrant de l'école ? …….
- Que bois-tu au souper ? …….
- Quand bois-tu ton dernier verre ? …….
- A quelle heure vas-tu faire dodo ? …….
- Vas-tu faire caca tous les jours ? OUI / NON
- Comment sont tes cacas (durs, liquides, normaux…) ?

- Quel dessin représente le mieux tes cacas ? ……..



- As-tu parfois des traces de caca dans ta culotte/slip ? OUI / NON
- Est-ce que tu connais quelqu'un dans ta famille qui a fait pipi au lit ? OUI / NON

QUESTIONNAIRE « FUITES URINAIRES JOUR/NUIT » (PARENTS)

- Quel est votre lien par rapport à l'enfant (parents, grands-parents, beaux-parents…) ?

  ……

- Qui a décidé de venir consulter pour le problème de pipi au lit : vous ou votre enfant ?

  ……

- Est-ce qu'il vous semble que cela l'embête, l'empêche d'aller dormir chez des copains ? OUI / NON
- Etes-vous adressé par votre médecin traitant ? OUI / NON
- Quels sont les traitements déjà essayés ? Cochez la (les) bonne(s) réponse(s).
  - Conseils (limiter boissons et uriner régulièrement…) OUI / NON
  - Calendrier mictionnel OUI / NON
  - Système d'alarme OUI / NON
  - Médicaments : lesquels et à quel âge ? OUI / NON
  - Kiné de rééducation OUI / NON
  - Suivi psychologique ? OUI / NON
  - Autre ? ……
- Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a eu un événement déclenchant ?

La nuit

- Depuis quand fait-il pipi au lit ? ……..
- A-t-il été propre pour une période prolongée de 6 mois ? OUI / NON
- Combien de fois fait-il pipi au lit par semaine ? …….. fois
- Est-ce que vous le réveillez pour le faire uriner pendant la nuit ? OUI / NON
- Pensez-vous qu'il fait pipi au lit en début ou fin de nuit ? ……
- A-t-il un sommeil profond ? OUI / NON

La journée

- A quel âge a-t-il été propre la journée ? …….. ans
- A-t-il des fuites urinaires la journée ? OUI / NON
  - Si oui, combien de fois par semaine ? …….. fois
- Sait-il se retenir de faire pipi ? OUI / NON
- A-t-il des besoins urgents (Doit-il courir jusqu'à la toilette) ? OUI / NON
- Son jet urinaire, est-il normal, faible ou explosif ? ……..
- A-t-il parfois des traces de caca dans sa culotte/slip ? OUI / NON

Antécédents personnels

- A t'il déjà fait une infection urinaire ? OUI / NON
- A-t-il une maladie, malformation des reins ou voies urinaires ? OUI / NON
  - Si oui, laquelle ? ……
- Y a-t-il d'autres problèmes à signaler ?

  ……

  ……

Antécédents familiaux

- D'autres membres de la famille ont fait pipi au lit tard ? OUI / NON
  - Si oui, jusque quel âge ? …….. ans
- Y a-t-il des maladies, malformation des reins ou voies urinaires dans la famille ? OUI / NON