



Votre questionnaire trois mois après l'accouchement

Chère Madame,

Merci de bien vouloir continuer de participer à l'étude Dame en complétant ce questionnaire. Une partie importante de notre étude est de savoir comment les participantes se sentent après l'accouchement.

Les réponses que vous allez nous donner seront très utiles, tout en restant strictement confidentielles.

Veillez, s'il vous plaît répondre à toutes les questions en cochant une seule réponse. (Si vous ne savez pas très bien quoi répondre, choisissez la réponse qui vous semble la plus proche de votre situation).



Si vous trouvez ce livret, prière de l'envoyer à l'adresse suivante :

Centre de coordination de l'étude DAME
Maternité
30, bd de la Cluse
CH -1211 Genève 14

A. Votre santé

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Voici quelques activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel.

	OUI, très limitée	OUI, un peu limitée	NON, pas du tout limitée
Efforts physiques modérés, tels que faire des courses ou passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

	OUI	NON
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée)

	OUI	NON
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

Nulle	Très faible	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes sentie calme et détendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes sentie débordante d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes sentie triste et abattue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

En permanence	Une bonne partie du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. L'allaitement

Depuis votre accouchement

Avez-vous allaité votre bébé, même une seule fois depuis sa naissance ?

NON

J'allaite encore actuellement

J'ai allaité mais je ne le fais plus aujourd'hui

→ **indiquez la date à laquelle vous avez arrêté l'allaitement**

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
jour/mois/année

E. Votre travail

Votre activité professionnelle en ce moment :

Je ne travaille pas

Je travaille à 100 %

Je travaille à temps partiel : ____%)

Je ne travaille pas actuellement, mais

→ **la reprise du travail est prévue le**

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
jour/mois/année

F. Douleurs

1. Parmi les mots suivants, lequel décrit le mieux les douleurs autour de l'entrée du vagin ou du périnée que vous ressentez aujourd'hui assise ou en marchant ?

Pas de douleur

Faible

Inconfortable

Forte

Sévère

Insupportable

2. A quel point vos douleurs autour de l'entrée du vagin ou du périnée vous dérangent aujourd'hui ?

Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

Pas du tout = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Vraiment beaucoup

G .Votre contrôle des urines

Ces quatre dernières semaines avez-vous un ou plusieurs des problèmes suivants :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
1. Devoir uriner trop souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fuites d'urines lors de besoins pressants d'uriner (urgences)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fuites d'urines lors d'exercice physique, en toussant ou éternuant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fuites de quelques gouttes d'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Difficultés à vider votre vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Douleurs du bas-ventre ou des organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De manière générale, à quel point vos pertes d'urine ou la crainte d'en perdre vous dérangent dans votre vie de tous les jours ?				

Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

Pas du tout = **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** = Vraiment beaucoup

H. Votre contrôle des selles et des gaz

Ces quatre dernières semaines

1. Vous est-il arrivé de **craindre de ne pas pouvoir retenir vos selles** suffisamment longtemps pour atteindre les toilettes ?
 - NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours

2. Au cours des quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de **souiller** vos sous-vêtements avec des traces de selles ?
 - NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours

3. Avez-vous perdu des **selles solides** sans le vouloir, par exemple en toussant, en éternuant, en riant ou en courant ?
 - NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours

4. Avez-vous perdu des **selles liquides** (diarrhée) sans le vouloir, par exemple en toussant, en éternuant, en riant ou en courant ?
- NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours
5. Avez-vous perdu des **gaz** (flatulences, pets) sans le vouloir, par exemple en toussant, en éternuant, en riant ou en courant ?
- NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours
6. Utilisez-vous des **protections intimes à cause de pertes** de selles ou de gaz (flatulences, pets) ?
- NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours

7. De manière générale, à quel point vos pertes de selles ou de gaz, ou cette crainte, **vous dérangent dans votre vie de tous les jours ?**
- NON, jamais
 - OUI, moins d'une fois par mois
 - OUI, moins d'une fois par semaine
 - OUI, plus d'une fois par semaine mais pas tous les jours
 - OUI, tous les jours

I. Votre activité sexuelle

Depuis votre accouchement

1. Avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ?
- Oui
 - Non
2. Sentez-vous de la douleur dans vos organes génitaux pendant le rapport sexuel ?
- Jamais
 - Rarement
 - Quelquefois
 - Habituellement
 - Je n'ai pas eu de rapport sexuel

