

## URODYNAMIQUE : CLINIQUE ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

Hôpital : ..... Consultation médicale: Dr .....  
 Gériologie-Urodynamique-Hôpital de jour ..... Infirmière clinicienne: .....  
 ☎ ..... Délai d'obtention du RDV: .....  
 Patient informé de la consultation paramédicale  Accepte  Refuse  Reconvoyé le: .....  
 Hospitalisé  Externe Date de la consultation: .....

Nom et prénom (étiquette): .....  
 Adresse (étiquette): .....  
 Motif de la consultation: .....  
 Médecin demandeur: .....

Incontinence urinaire	Oui	Non	Plainte	Découverte
-----------------------	-----	-----	---------	------------

Circonstances				
---------------	--	--	--	--

Fréquence du trouble	Occasionnel	Quotidien	Jour	Nuit	Nuit et jour
----------------------	-------------	-----------	------	------	--------------

Ancienneté				Aggravation	Oui	Non
------------	--	--	--	-------------	-----	-----

Protections	Oui	Non	Type		Nombre/24 h	
-------------	-----	-----	------	--	-------------	--

Gêne sociale	Non exprimée	Aucune	Modérée	Importante	Désir de prise en charge	Oui	Non
--------------	--------------	--------	---------	------------	--------------------------	-----	-----

Besoin	Présent	Absent	Dysesthésique	Pesanteur	Brûlure	Douleur	Score EVA ...../10
Douleur	Cystalgie	Vulvaire	Vaginale	Urétrale	Scrotale	Périnéale	Pelvienne

Progression du besoin	Normale	Rapide	Urgenturie	Non ressentie
-----------------------	---------	--------	------------	---------------

Miction	Facile	Difficile	Douloureuse	Impossible	Avec PA
---------	--------	-----------	-------------	------------	---------

Dysurie	Initiale	Permictionnelle	Terminale	Totale
---------	----------	-----------------	-----------	--------

Jet urinaire	Perçu	Vif	Faible	Dévié	Continu	Haché	En arrosoir
--------------	-------	-----	--------	-------	---------	-------	-------------

Fréquence mictionnelle	Diurne	Nocturne	Nycturie	Pollakiurie diurne
------------------------	--------	----------	----------	--------------------

Sensation de vidange vésicale	Complète	Incomplète	Gouttes retardataires
-------------------------------	----------	------------	-----------------------

Antécédents de rétention	Oui	Non	M:	RPM:
--------------------------	-----	-----	----	------

Stop-test	Positif	Négatif	Non essayé
-----------	---------	---------	------------

Infection urinaire	Non	Récente	Ancienne	Rare	À répétition
--------------------	-----	---------	----------	------	--------------

Brûlure urinaire	Oui	Non	Hématurie	Oui	Non
------------------	-----	-----	-----------	-----	-----

Bandelette urinaire du: .....	ECBU du: .....			
-------------------------------	----------------	--	--	--

S	Ac	Alb.	Leuco.	Nitr.	Sg	Ph
---	----	------	--------	-------	----	----

Troubles génito-sexuels	Oui	Non	Sans activité
-------------------------	-----	-----	---------------

Troubles cognitifs		Autonomie		Transit	
--------------------	--	-----------	--	---------	--

Apports hydriques/24 h	
------------------------	--

Profession	
------------	--

Antécédents médicaux	
----------------------	--

--	--

Antécédents chirurgicaux	
--------------------------	--

--	--

Antécédents gynéco-obstétricaux et/ou urologiques	
---	--

--	--

Traitements en cours	
----------------------	--

--	--

Pratique sportive	
-------------------	--

Facteurs favorisant dépistés	
------------------------------	--

--	--

Aspect du périnée					
-------------------	--	--	--	--	--

Aspect du périnée	Trophicité normale		Atrésie	Béance	Autre :
-------------------	--------------------	--	---------	--------	---------

Prolapsus	Oui	Non	Urétérocèle	Cystocèle stade :	Rectocèle stade :
-----------	-----	-----	-------------	-------------------	-------------------

Examen neurologique périnéal			
------------------------------	--	--	--

Tonus anal	Normal	Augmenté	Abaissé
------------	--------	----------	---------

Réflexe anal	Étirement	Toux	Nociceptif
--------------	-----------	------	------------

	Clitorido-anal	Bulbo-caverneux	
--	----------------	-----------------	--

Réflexe sensitif	Normal	Hypoesthésie	Hyperesthésie
------------------	--------	--------------	---------------

Réflexe moteur	Testing : ..... /5	Inversion de commande <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Efforts de retenue volontaire <input type="checkbox"/> Toniques <input type="checkbox"/> Épuisables
----------------	--------------------	--	--

Réflexes et sensibilités aux membres inférieurs					
---	--	--	--	--	--

Site	Droit	Gauche		Droit	Gauche
------	-------	--------	--	-------	--------

Cutanés plantaires			Sensibilité superficielle		
--------------------	--	--	---------------------------	--	--

Achilléens			Sensibilité profonde		
------------	--	--	----------------------	--	--

Rotuliens			Diapason		
-----------	--	--	----------	--	--

			Force musculaire		
--	--	--	------------------	--	--

Conclusion médicale et propositions thérapeutiques

Synthèse clinique infirmière et propositions d'actions

### Évolution clinique

Date	Observations

### EXPLORATION FONCTIONNELLE URODYNAMIQUE

Date:.....

Réalisé par:	Patient informé/a donné son accord:	ECBU:
--------------	-------------------------------------	-------

Technique : remplissage au sérum physiologique     40 ml/min     20 ml/min + capteur de Bohler

### Débitmétrie

Miction : ..... ml	Résidu : ..... ml	Temps débit max. : ..... s	Débit max : ..... ml	Durée : ..... s
--------------------	-------------------	----------------------------	----------------------	-----------------

Morphologie	Normale	Polyphasique	Aplatie
-------------	---------	--------------	---------

Pression intravésicale (0 ml) : ..... cmH <sub>2</sub> O	Réactivité à la toux : ..... cmH <sub>2</sub> O
--	---

1 <sup>re</sup> sensation de remplissage vésical	1 <sup>er</sup> besoin d'uriner	Besoin intense d'uriner (B2+)	Capacité vésicale cystomanométrique	Sensation vésicale non spécifique
..... ml	..... ml	..... ml	..... ml	..... ml
Compliance	..... cmH <sub>2</sub> O	..... cmH <sub>2</sub> O	..... cmH <sub>2</sub> O	

Conditions de l'arrêt du remplissage :

Activité détroisurienne involontaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Hyperactivité détroisurienne phasique	<input type="checkbox"/> Hyperactivité détroisurienne terminale	<input type="checkbox"/> Neurogène	Fuites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pression détroisurienne de fuite : ..... cmH <sub>2</sub> O À ..... ml de remplissage	
			<input type="checkbox"/> Idiopathique	ERV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Comportement urétral durant le remplissage	<input type="checkbox"/> Insuffisance de clôture	<input type="checkbox"/> Relaxation urétrale	<input type="checkbox"/> À l'effort	<input type="checkbox"/> Renforcement	<input type="checkbox"/> Stable
Dysfonction mictionnelle	Oui			Non	
Dyssynergie vésico-sphinctérienne	Oui			Non	

Miction obtenue	Oui	Non	Sur chaise	Sur table	RPM:
-----------------	-----	-----	------------	-----------	------

### Profilométrie

Statique		Dynamique, couché			Dynamique, debout			
PU max. : ..... cmH <sub>2</sub> O		Transmission cerv. : ..... %			PU max. : ..... cmH <sub>2</sub> O			
PC max. : ..... cmH <sub>2</sub> O		Transmission strié. : ..... %			PC max. : ..... cmH <sub>2</sub> O			
Instabilité	Oui	Non	DT.	Oui	Non	Transmission cerv. : ..... %		
Variation : ..... cmH <sub>2</sub> O		ERV : ..... cmH <sub>2</sub> O			Transmission strié. : ..... %			
Type	Lentes	Rapides	Analytique	Oui	Non	DT.	Oui	Non

Calcul mental	Stabilise	Augmente	Durée : ..... s			Pression abdominale de fuite : à ..... ml de remplissage
			Analytique	Oui	Non	
Conclusion globale						

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn : 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 5, « Consultation infirmière en urodynamique » de Anne-Marie Béguin.