UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Questionnaire patiente n°1
Juste avant la pose

1- Concernant vous et vos antécédents gynécologiques

- Vos coordonnées :
  - nom ou pseudo : _____
  - numéro de téléphone (obligatoire pour la suite de l'étude) : _____
  - adresse e-mail (seulement si vous souhaitez recevoir par mail les résultats à la fin de l'étude) : _____

- Votre âge : _____

- Nombre de grossesses (évolutives) antérieures : _____
  - nombre d'accouchements par voie basse : _____
  - nombre de césariennes : _____

- Y a-t-il eu dans les 3 derniers mois (cochez les cases correspondantes) :
  - un accouchement par voie basse ? ☐
  - une césarienne ? ☐
  - une IVG (avortement) ? ☐

- Si accouchement récent (quelque soit le mode d'accouchement) :
  - Allaitez-vous ?
    - Oui ☐ Non ☐

- Habituellement, présentez-vous des douleurs intenses au cours des règles (dysménorrhées) ?
    - Oui ☐ Non ☐

- Avez-vous déjà été traitée pour une infection sexuellement transmissible ? (chlamydia, gonocoque)
    - Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

2- <u>Concernant la pose du dispositif intra-utérin (DIU) prévue ce jour</u>

- Date du jour : _____

- Nom du médecin ou de la sage-femme qui va effectuer la pose : _____

- Quel DIU avez-vous choisi ? (1 seul choix possible ; le nom et la taille sont inscrits sur la boite du dispositif)
  - DIU au cuivre :
    - taille standard (UT380, NT380, MonaLisaCU380) ☐
    - short (UT380 short, NT380 short, MonaLisaCU380 mini) ☐
  - DIU au lévonorgestrel (hormone progestative) :
    - taille standard (Mirena) ☐
    - short (Jaydess) ☐
  - Ne sait pas ☐

- S'agit-il de votre première pose de DIU ?
  - Oui ☐
  - Non, vous avez déjà eu un DIU par le passé ☐

- Avant la consultation prévue aujourd'hui pour la pose du DIU, avez-vous eu une consultation dédiée à l'information sur le DIU ?
  - Oui ☐ Non ☐

- Concernant votre ANXIETE en ce moment vis-à-vis de ce geste, marquez un trait à l'endroit qui correspond à votre niveau d'anxiété :

Pas de stress |————————————————————————————————————| Stress maximal imaginable

- Concernant la DOULEUR que vous vous attendez à ressentir au cours de la pose, marquez un trait à l'endroit qui correspond à la douleur que vous pressentez :

Pas de douleur |————————————————————————————————————| Douleur maximale imaginable

Le premier questionnaire est terminé ! N'oubliez pas de remplir le second questionnaire juste après la consultation.

Cette étude est indépendante des fabricants de DIU/SIU et de l'industrie pharmaceutique.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'étude de la douleur liée à la pose des DIU dans le cadre d'une thèse universitaire de médecine générale. Le destinataire des données est : Aurore BASTIN, médecin généraliste remplaçante, doctorante à l'université de Rennes.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Aurore Bastin à l'adresse suivante : etudeposedirecte@gmail.com. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.