

Première lettre du Nom : Première lettre du Prénom : Taille : Poids :

1. Avez-vous l'impression d'avoir une infection urinaire ? ¹ ☐ Oui ☐ Non

2. Veuillez indiquer si vous avez noté les symptômes suivants au cours des dernières 24 heures, ainsi que leur intensité ² :

	0	1	2	3
Envies d’uriner très fréquentes avec de petits volumes d’urine (visites fréquentes aux toilettes)	☐ Non <4/jour	☐ Faible 5-6/jour	☐ Modéré 7-8/jour	☐ Fort 9-10/jour
Besoin urgent d’uriner (fort et incontrôlable)	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Sensation douloureuse de brûlure en urinant	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Sensation de vidange incomplète de la vessie (toujours envie d’uriner après avoir été aux toilettes)	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Douleur dans le bas ventre (région sus-pubienne), en dehors du fait d’uriner	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Sang visible dans les urines (en dehors des règles)	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Douleur lombaire au niveau du rein (normalement d’un seul côté du dos)	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Perte vaginale anormale (quantité, couleur et/ou odeur)	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Ecoulement purulent de l’urètre (en dehors du fait d’uriner)	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Sensation de température élevée / fièvre	☐ Non	☐ Faible	☐ Modéré	☐ Fort
Prise de température ☐ Oui / ☐ Non	≤ 37,5°C	37,6 - 37,9°C	38,0 – 38,9°C	≥ 39,0°C

3. Avez-vous des antécédents d’infections urinaires ? ☐ Oui ☐ Non

✓ Si **oui**, savez-vous à quand remonte la dernière infection ?

✓ Si **oui**, savez-vous combien avez-vous eu d’infections urinaires depuis un an ?

4. Avez-vous des antécédents récents (au cours des 6 derniers mois) de mycose génitale ? ☐ Oui ☐ Non

5. Etes-vous diabétique ? ² ☐ Oui ☐ Non

6. Etes-vous enceinte ? ² ☐ Oui ☐ Non

✓ Si **oui**, précisez le mois de grossesse ou le nombre de semaines d’aménorrhées ?

7. Savez-vous à quand remonte votre dernier rapport sexuel ? ³ ☐ Moins de 24h ☐ Entre 24h et 4 jours

☐ Entre 4 jours et 1 semaine ☐ Plus d’1 semaine ☐ Ne souhaite pas répondre

8. Etes-vous sous contraception ? ³ ☐ Oui ☐ Non

✓ Si **oui**, laquelle ? ☐ Pilule, nom : ☐ Implant ☐ Stérilet en cuivre

☐ Spermicide ☐ Stérilet hormonal ☐ Autre, préciser :

✓ Si **applicable**, quelle est la **date** du **1er jour** de vos **dernières règles** ?

✓ Si **applicable**, quelle type de **protection menstruelle** utilisez-vous ?

☐ Tampon ☐ Serviette ☐ Mooncup ☐ Culotte menstruelle

9. Avez-vous eu recours à la prise de ce type de médicaments au cours de ces 6 derniers mois ?

✓ **Antibiotiques** : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le(s)quel(s)

.....

✓ **Compléments alimentaires / probiotiques** : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le(s)quel(s)

10. Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? ³ ☐ Végétarien ☐ Vegan ☐ Végétalien

☐ Sans lactose ☐ Sans gluten ☐ Jeûne (fréquence/durée) : ☐ Autre :

11. Combien de selles avez-vous par jour en moyenne ?

☐ Plus de 3 par jour ☐ Entre 3 par jour et 3 par semaine ☐ Moins de 3 par semaine

12. Prenez-vous des laxatifs ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Tous les jours

13. Quelle quantité d’eau buvez-vous par jour environ ? ³ ☐ < 1,5 L ☐ 1,5 – 3 L ☐ > 3 L
- D’après :

1. Price T. K. et al. The Clinical Urine Culture: Enhanced Techniques Improve Detection of Clinically Relevant Microorganisms. *J Clin Microbiol.* 2016

2. Bruyère F. et al. Linguistic validation and cognitive assessment of the French version of the Acute Cystitis Symptom Score questionnaire. *Prog Urol.* 2021

3. Biehl L. M. et al. Longitudinal variability in the urinary microbiota of healthy premenopausal women and the relation to neighboring microbial communities: A pilot study. *PLoS One.* 2022
-