

# Français ACSS® Questionnaire

## Partie A - Première visite ( "diagnostique" )

Heure: \_\_ h : \_\_ min Date de l'examen: / / (jj/mm/aaaa)

Veuillez indiquer si vous avez noté les symptômes suivants au cours des dernières 24 heures, ainsi que leur intensité						
(Cochez la réponse la plus appropriée)		0	1	2	3	
<b>Symptômes Typiques</b>	1	Envies d'uriner très fréquentes avec de petits volumes d'urine ( <i>visites fréquentes aux toilettes</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
			<i>jusqu'à 4 fois par jour</i>	<i>5-6 fois par jour</i>	<i>7-8 fois par jour</i>	<i>9-10 fois par jour et plus</i>
	2	Besoin urgent d'uriner ( <i>fort et incontrôlable</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	3	Sensation douloureuse de brûlure en urinant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	4	Sensation de vidange incomplète de la vessie ( <i>toujours envie d'uriner après avoir été aux toilettes</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	5	Douleur dans le bas-ventre ( <i>région sus-pubienne</i> ), en dehors du fait d'uriner	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
6	Sang visible dans les urines ( <i>en dehors des règles</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort	
<b>Points totaux de "Symptômes typiques" =</b>					<b>points</b>	
<b>Symptômes Différentiels</b>	7	Douleur lombaire au niveau du rein ( <i>normalement d'un seul côté du dos</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	8	Perte vaginale anormale ( <i>quantité, couleur et/ou odeur</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	9	Écoulements purulents de l'urètre ( <i>en dehors du fait d'uriner</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	10	Sensation de température élevée / fièvre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	Prise de température	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>	≤37,5 °C	37,6-37,9 °C	38,0-38,9 °C	≥39,0 °C
<b>Points totaux de "Symptômes différentiels" =</b>					<b>points</b>	
<b>Qualité de Vie</b>	11	<b>Veuillez indiquer l'importance de la gêne causée par ces symptômes au cours des dernières 24 heures (Cochez la réponse la plus appropriée) :</b>				
		<input type="checkbox"/> 0 Aucune gêne ( <i>Pas de symptôme, je me sens aussi bien que d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Gêne faible ( <i>Je me sens un peu moins bien que d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Gêne modérée ( <i>Je me sens beaucoup moins bien que d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Gêne très forte ( <i>Je me sens très mal</i> )				
	12	<b>Veuillez indiquer dans quelle mesure ces symptômes ont modifié vos activités quotidiennes / votre travail au cours des dernières 24 heures (Cochez la réponse la plus appropriée) :</b>				
	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout modifié ( <i>Je travaille comme d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Faiblement modifié ( <i>A cause des symptômes, je travaille un peu moins</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Modérément modifié ( <i>Le travail quotidien exige beaucoup d'efforts</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Fortement modifié ( <i>Je ne peux pratiquement pas travailler</i> )					
13	<b>Veuillez indiquer dans quelle mesure ces symptômes ont modifié vos activités sociales (visites, rencontres avec les amis, etc.), au cours des dernières 24 heures (Cochez la réponse la plus appropriée) :</b>					
	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout modifié ( <i>Mes activités n'ont pas changé, je vis comme d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Faiblement modifié ( <i>Je réalise la plupart des activités sociales</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Modérément modifié ( <i>J'ai réduit mes activités sociales</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Fortement modifié ( <i>Je n'ai quasiment plus d'activités sociales</i> )					
<b>Points totaux de "Qualité de vie" =</b>					<b>points</b>	
<b>Supplémentaires</b>	14	<b>Veuillez indiquer si au moment de remplir le questionnaire vous avez :</b>				
		Règles ( <i>menstruations</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
		Syndrome prémenstruel ( <i>douleurs avant les règles, douleurs mammaires, irritabilité</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
		Symptômes de la ménopause ( <i>par exemple : bouffées de chaleur</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
		Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
	Diabète diagnostiqué ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			

© The Acute Cystitis Symptom Score (ACSS) Le Score des Symptômes de la Cystite Aiguë est protégé par le droit d'auteur ([www.acss.world](http://www.acss.world)), mais son utilisation est gratuite pour un usage personnel. Pour les études cliniques ou l'utilisation commerciale, veuillez contacter les détenteurs des droits d'auteur ([info@acss.world](mailto:info@acss.world)).

# Français ACSS® Questionnaire

## Partie B - Visite de contrôle

Heure: \_\_\_ h: \_\_\_ min Date de l'examen: / / (jj/mm/aaaa)

Indiquez si vous avez noté des changements dans vos symptômes depuis que vous avez rempli le questionnaire pour la première fois (partie A) ? (Cochez la réponse la plus appropriée) :						
<b>Dynamique</b>	<input type="checkbox"/> 0 Oui, je me sens comme avant ( <i>Tous les symptômes ont disparu</i> )					
	<input type="checkbox"/> 1 Oui, je me sens mieux ( <i>La plupart des symptômes ont disparu</i> )					
	<input type="checkbox"/> 2 Oui, je me sens un peu mieux ( <i>Seulement quelques symptômes ont disparu</i> )					
	<input type="checkbox"/> 3 Non, il n'y a presque pas de changement ( <i>J'ai toujours quasiment les mêmes symptômes</i> )					
	<input type="checkbox"/> 4 Oui, je me sens moins bien ( <i>Mes symptômes sont pires que la fois précédente</i> )					
Veillez indiquer si vous avez noté les symptômes suivants au cours des dernières 24 heures, ainsi que leur intensité (Une seule réponse) :						
		0	1	2	3	
<b>Symptômes Typiques</b>	1	Envies d'uriner très fréquentes avec de petits volumes d'urine ( <i>visites fréquentes aux toilettes</i> )	<input type="checkbox"/> Non <i>jusqu'à 4 fois par jour</i>	<input type="checkbox"/> Oui, faible <i>5-6 fois par jour</i>	<input type="checkbox"/> Oui, modéré <i>7-8 fois par jour</i>	<input type="checkbox"/> Oui, fort <i>9-10 fois par jour et plus</i>
	2	Besoin urgent d'uriner ( <i>fort et incontrôlable</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	3	Sensation douloureuse de brûlure en urinant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	4	Sensation de vidange incomplète de la vessie ( <i>toujours envie d'uriner après avoir été aux toilettes</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	5	Douleur dans le bas-ventre ( <i>région sus-pubienne</i> ), en dehors du fait d'uriner	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	6	Sang visible dans les urines ( <i>en dehors des règles</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
		<b>Points totaux de " Symptômes typiques " = _____ points</b>				
<b>Symptômes Différentiels</b>	7	Douleur lombaire au niveau du rein ( <i>normalement d'un seul côté du dos</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	8	Perte vaginale anormale ( <i>quantité, couleur et/ou odeur</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	9	Écoulements purulents de l'urètre ( <i>en dehors du fait d'uriner</i> )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	10	Sensation de température élevée / fièvre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, faible	<input type="checkbox"/> Oui, modéré	<input type="checkbox"/> Oui, fort
	Prise de température Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>	≤37,5 °C	37,6-37,9 °C	38,0-38,9 °C	≥39,0 °C	
		<b>Points totaux de " Symptômes différentiels " = _____ points</b>				
<b>Qualité de Vie</b>	11	<b>Veillez indiquer l'importance de la gêne causée par ces symptômes au cours des dernières 24 heures (Cochez la réponse la plus appropriée) :</b>				
		<input type="checkbox"/> 0 Aucune gêne ( <i>Pas de symptôme, je me sens aussi bien que d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Gêne faible ( <i>Je me sens un peu moins bien que d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Gêne modérée ( <i>Je me sens beaucoup moins bien que d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Gêne très forte ( <i>Je me sens très mal</i> )				
	12	<b>Veillez indiquer dans quelle mesure ces symptômes ont modifié vos activités quotidiennes / votre travail au cours des dernières 24 heures (Cochez la réponse la plus appropriée) :</b>				
	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout modifié ( <i>Je travaille comme d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Faiblement modifié ( <i>A cause des symptômes, je travaille un peu moins</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Modérément modifié ( <i>Le travail quotidien exige beaucoup d'efforts</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Fortement modifié ( <i>Je ne peux pratiquement pas travailler</i> )					
13	<b>Veillez indiquer dans quelle mesure ces symptômes ont modifié vos activités sociales (visites, rencontres avec les amis, etc.), au cours des dernières 24 heures (Cochez la réponse la plus appropriée) :</b>					
	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout modifié ( <i>Mes activités n'ont pas changé, je vis comme d'habitude</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Faiblement modifié ( <i>Je réalise la plupart des activités sociales</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Modérément modifié ( <i>J'ai réduit mes activités sociales</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Fortement modifié ( <i>Je n'ai quasiment plus d'activités sociales</i> )					
		<b>Points totaux de " Qualité de vie " = _____ points</b>				
<b>Supplémentaires</b>	14	<b>Veillez indiquer si au moment de remplir le questionnaire vous avez :</b>				
		Règles (menstruations) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
		Syndrome prémenstruel ( <i>douleurs avant les règles, douleurs mammaires, irritabilité</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
		Symptômes de la ménopause ( <i>par exemple : bouffées de chaleur</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
		Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
	Diabète diagnostiqué ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			