

	<b>TROD CYSTITE</b> <b>QUESTIONNAIRE PATIENT</b>	
--	---	--

CRITÈRES	NON	OUI	Je ne sais pas
Avez vous plus de 65 ans ?			
Êtes-vous enceinte ?			
Avez-vous de la température ?			
Avez-vous des douleurs dans le bas du dos ?			
Vos symptômes sont-ils accompagnés :			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>De vomissements ?</div> </div>			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>De diarrhées ?</div> </div>			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>De douleurs abdominales ?</div> </div>			
Avez-vous des pertes blanches ?			
Avez vous des démangeaisons au niveau de la vulve ?			
Avez vous déjà eu une cystite lors des 15 derniers jours ?			
Avez-vous des antécédents de pathologies au niveau de la vessie comme des calculs, une tumeur... ?			
Avez-vous déjà eu à effectuer des sondages urinaires ?			
Prenez vous un traitement :			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>Contre le VIH ?</div> </div>			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>Corticoïdes, si oui lequel ?</div> </div>			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>Pour une chimiothérapie ?</div> </div>			
<div style="display: flex; border: 1px solid black;"> <div style="width: 10%;"></div> <div>Anti-rejet ?</div> </div>			
Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?			
Avez-vous une voie centrale pour l'administration de vos médicaments ?			
Prenez-vous un traitement antibiotique en ce moment ?			
Avez-vous pris des antibiotiques dans les 3 derniers mois ? Si oui lesquels ?			
Avez-vous une allergie connue aux antibiotiques ?			

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, merci de contacter votre médecin. Dans le cas contraire, un test peut être réalisé en pharmacie.