

QUESTIONNAIRE CAS :
IDENTIFICATION DES SIGNES CLINIQUES PRODROMIQUES DU CHOC TOXIQUE STAPHYLOCOCCIQUE
MENSTRUEL

1. Date de renseignement du questionnaire (jour/mois/année) ? |__| |__|/|__| |__|/|__| |__|

2. Quelles sont vos initiales (Prénom / Nom) ? |__| / |__|

3. Quelle est votre année de naissance ? |__| |__| |__| |__|

4. Quel est votre code postal ? |__| |__| |__| |__| |__|

5. Avez-vous une (des) maladie(s) nécessitant un suivi médical particulier ?

Non Oui, préciser :

6. Avez-vous pris des traitements inhabituels lors des trois derniers mois ?

Non Oui, préciser :

7. Quand avez vous eu vos premières règles (année) ? |__| |__| |__| |__|

8. Quand avez vous utilisé pour la première fois un tampon périodique (année) ? |__| |__| |__| |__|*

Si vous n'avez jamais utilisé de tampon périodique, indiquer 0

9. Quand avez vous utilisé pour la première fois une coupe menstruelle (année) ? |__| |__| |__| |__|*

Si vous n'avez jamais utilisé de coupe menstruelle, indiquer 0

10. Lors des règles ces trois derniers mois, quelle(s) protection(s) menstruelle(s) avez-vous utilisé ?

- Tampons Oui Non
- Coupelles menstruelles Oui Non
- Serviettes hygiéniques Oui Non
- Culottes menstruelles Oui Non

- Autre, préciser :

11. Lors des règles ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'alterner au cours de la journée l'utilisation de projection menstruelles intimes (tampon ou coupelles) avec des protection externe (serviettes hygiéniques ou culottes menstruelles) ?

Oui fréquemment, Oui rarement, Non

12. Lors des règles ces trois derniers mois, vous est-il arrivé de grader le même tampon toute la nuit ?

Oui fréquemment, Oui rarement, Non

13. Lors des règles ces trois derniers mois, est ce que vous vous êtes lavés les mains avant d'insérer un nouveau tampon ?

Oui fréquemment, Oui rarement, Non

14. Lors des règles ces trois derniers mois, combien de temps en moyenne avez vous gardé le même tampon la journée?

|__| heures |__| minutes

15. Prenez-vous actuellement une contraception ?

Non Oui, si oui préciser :

- Pilule Oui Non
- Implant Oui Non
- Dispositif intra utérin Oui Non
- Autre, préciser : ...

LE CHOC TOXIQUE STAPHYLOCOCCIQUE MENSTRUEL

16. Nombre de jour entre le début des règles et la survenue du choc toxique : |_____| jour(s)

17. Indiquer les symptômes ressentis le jour du choc toxique menstruel et les jours précédents

Noter une croix (X) dans les cases correspondant aux symptômes que vous avez ressentis le ou les jour(s) correspondant; noté le signe moins (-) dans les autres cas. J0 correspond au jour de la consultation aux urgences ou de l'hospitalisation, J -1 le jour précédent...etc. Il est indispensable de renseigner toutes les cases. Exemple pour une femme ayant ressenti le symptôme A le jours du choc et les deux jours précédents.

Symptômes ressentis	J0	J-1	J-2	J-3	J-4	J-5	J-6	J-7
Symptôme A	X	X	X	-	-	-	-	-

Symptômes ressentis	J0	J-1	J-2	J-3	J-4	J-5	J-6	J-7
Fièvre ressentie ou mesurée								
Frissons								
Malaise ou sensation de malaise (étourdissement lorsque vous vous mettez debout)								
Fatigue inhabituelle								
Maux de tête								
Confusion, désorientation								

Nausées								
Vomissements								
Diarrhées								
Douleurs abdominales								
Douleurs musculaires, courbatures								
Maux de gorge ou douleurs en avalant								
Langue rouge ou ulcération de la bouche								
Éruptions cutanées (rougeurs, plaques...)								
Symptômes locaux au niveau du vagin (douleurs, écoulements inhabituels, sensation de grattage)								
Autres, précisez :								

18. Indiquer les symptômes que vous avez ressentis au cours des règles précédant le choc toxique et ceux que vous ressentez de façon générale au cours des règles ?

Noter une croix (X) dans les cases correspondant au symptôme que vous avez ressenti; noté le signe moins (-) dans les autres cas. Il est indispensable de renseigner toutes les cases.

Symptômes ressentis	Lors des règles qui ont précédées d'un mois le choc	Lors des règles qui ont précédées de deux mois le choc	De façon générale au cours des règles
Fièvre ressentie ou mesurée			
Frissons			
Malaise ou sensation de malaise (étourdissement lorsque vous vous mettez debout)			
Fatigue inhabituelle			
Maux de tête			
Confusion, désorientation			
Nausées			
Vomissements			
Diarrhées			
Douleurs abdominales			
Douleurs musculaires, courbatures			
Maux de gorge ou douleurs en avalant			
Langue rouge ou ulcération de la bouche			
Éruptions cutanées (rougeurs, plaques...)			
Symptômes locaux au niveau du vagin (douleurs, écoulements inhabituels,			

sensation de grattage)			
Autres, précisez :			

19. Remarques générales, préciser :

20. Quel est votre diplôme le plus élevé:

- Brevet des collèges
- Baccalauréat
- Bac +2 (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires et sociales, etc...)
- Bac +3 (licence)
- Bac +4/5 (maitrise, master)
- Bac + 8 et plus (doctorat, post doctorat, etc...

21. En prenant comme référence l'année passé, pouvez-vous préciser dans quel pouvez-vous préciser dans quel échelon salarial se situe le foyer dans lequel vous vivez ? (1 seule réponse)

- Moins de 20 000 euros par an
- Entre de 20 000 et 40 000 euros par an
- Entre de 40 000 et 60 000 euros par an
- Entre de 60 000 et 80 000 euros par an
- Entre de 80 000 et 100 000 euros par an
- Plus de 100 000 euros par an

Nous vous remercions pour votre participation.