

QUESTIONNAIRE TEMOIN :  
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) ? |\_\_| |\_\_|

1. Quelle est votre année de naissance ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

2. Quel est votre code postal ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

3. Depuis vos premières règles, avez-vous consulté un médecin ou les urgences pour malaise au cours de vos règles ?

Non  Oui, préciser :

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

Non  Oui, préciser :

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

Non  Oui, préciser :

6. Quand avez vous eu vos premières règles (année) ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

7. Quand avez vous utilisé pour la première fois un tampon périodique (année) ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

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

8. Quand avez vous utilisé pour la première fois une coupe menstruelle (année) ? |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

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

9. 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 : .....

10. 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

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

Oui fréquemment,  Oui rarement,  Non

12. 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

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

|\_\_| heures |\_\_| minutes

14. Prenez-vous actuellement une contraception ?

Non  Oui, si oui préciser :

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

15. Avez-vous observé certains de ces symptômes au cours de vos dernières règles ?

*Noter une croix (X) dans les cases correspondant aux symptômes que vous avez ressenti le ou les règles correspondante(s); noté le signe moins (-) dans les autres cas.*

*Exemple pour une femme ayant ressenti le symptôme A au cours des deux règles précédente mais pas il y a 3 mois l et les deux jours précédents.*

<i>Symptômes ressentis</i>	<i>Lors des dernières règles</i>	<i>Lors des règles qui ont précédées de deux mois</i>	<i>Lors des règles qui ont précédées de trois mois</i>
<i>Symptôme A</i>	X	X	-

Symptômes ressentis	Lors des dernières règles	Lors des règles d'il y a deux mois	Lors des règles d'il y a trois mois
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 :			

16. De façon générale, quel symptôme ressentez vous au cours de vos 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	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 :	

17. Remarques générales, préciser :

18. Quel est votre diplôme le plus élevé:

- Pas de diplôme
- 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...)

19. 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.**