

Merci d'avoir rempli l'outil MENTOR.

Cet outil a été développé par un groupe international de 9 spécialistes médicaux dans le domaine des soins intestinaux.

Cet outil a été conçu pour faciliter la prise de décision du clinicien en ce qui concerne le traitement des symptômes intestinaux, en mettant l'accent sur un outil à remplir par le patient. Dans sa forme actuelle, il est actuellement testé et validé dans quelques unités médicales sélectionnées dans différents pays.

Outil MENTOR

Suivi de la réponse au traitement de l'intestin neurologique

Nom du patient : _____

Date : _____

Instructions pour le patient :

Ce document vous invite à répondre à une courte série de questions qui nous aideront à évaluer vos symptômes intestinaux. Veuillez y répondre au mieux de vos connaissances.

1. Veuillez cocher la case à côté de tout symptôme que vous avez éprouvé dans la liste ci-dessous au cours de ces 3 derniers mois concernant vos troubles intestinaux.

Cochez autant de cases que nécessaire.

- Douleur intense au niveau du ventre ou du rectum
- Saignement de l'anus nouvellement apparu ou plus abondant que d'habitude
- Hospitalisation pour troubles intestinaux
- Diminution de votre autonomie concernant les soins intestinaux
- Un épisode d'hyperréflexie autonome (maux de tête violents, sueurs abondantes, etc.) liée à vos problèmes intestinaux

2. Comment évalueriez-vous votre satisfaction concernant le fonctionnement de votre transit intestinal au cours des 4 dernières semaines ?

Veuillez indiquer votre satisfaction globale (une seule réponse possible)

- Bonne Suffisante/acceptable Mauvaise Très mauvaise

3. Le score NBD de dysfonctionnement de l'intestin neurologique (Neurogenic Bowel Dysfunction)

Veuillez répondre à chacune de ces 10 questions en entourant la bonne réponse. Une seule réponse possible par question.

1. A quelle fréquence allez-vous à la selle ?	Tous les jours	0
	1 à 6 fois par semaine	1
	Moins d'une fois par semaine	6
2. Combien de temps passez-vous à chaque fois pour évacuer totalement vos selles ?	De 0 à 30 minutes	0
	De 31 à 60 minutes	3
	Plus d'une heure	7
3. Ressentez-vous une sensation de malaise, des maux de tête ou transpirez-vous pendant l'évacuation des selles ou après y avoir été ?	Non	0
	Oui	2
4. Prenez-vous régulièrement des médicaments (comprimés ou gélules) pour traiter la constipation ?	Non	0
	Oui	2
5. Prenez-vous régulièrement des médicaments (gouttes ou solutions buvables) pour traiter la constipation ?	Non	0
	Oui	2
6. À quelle fréquence avez-vous besoin d'introduire le doigt dans l'anus pour faciliter l'évacuation des selles (stimulation avec le doigt ou évacuation manuelle des selles) ?	Moins d'une fois par semaine	0
	Une fois par semaine ou plus	6
7. À quelle fréquence avez-vous des pertes incontrôlées/fuites de selles ?	Moins d'une fois par mois	0
	1 à 4 fois par mois	6
	1 à 6 fois par semaine	7
	Tous les jours	13
8. Prenez-vous des médicaments contre les pertes incontrôlées /fuites de selles ?	Non	0
	Oui	4
9. Avez-vous des pertes incontrôlées de gaz ?	Non	0
	Oui	2
10. Avez-vous une peau abimée autour de votre anus ?	Non	0
	Oui	3
TOTAL		
Score NBD		