



*Anti Age
Médecine Vasculaire
Dysfonctions sexuelles*

**Docteur Ronald VIRAG
Docteur Hélène SUSSMAN
Docteur Eric ALLAIRE**

QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE SOU MIS AU SECRET MEDICAL

Le questionnaire est strictement réservé à l'usage des médecins du Centre. Répondez aussi précisément que possible. Si des questions vous dérangent n'y répondez pas et vous vous en entretiendrez avec le médecin lors de la consultation.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Profession :

SITUATION FAMILIALE :

Í **MARIE**, ou **PACSE** depuis combien de temps :

Í **DIVORCE**, depuis combien de temps :

Í **REMARIE** , ou **PACSE** depuis combien de temps :

Í **VEUF**, depuis combien de temps :

Í **CELIBATAIRE**

Í vit seul

Í avec compagne

Age de l'épouse ou de la/ du partenaire habituel(le) :

Nombre et âge des enfants :

Qui vous a recommandé de nous consulter ?

Votre histoire passée

- A quel âge situez vous vos premiers souvenirs sexuels ?
- Quelle a été la nature de vos premières expériences (enfance et adolescence) ?
 1. Attouchement avec un autre (si oui : Masculin ou Féminin)
 2. Rapports sexuels complets (si oui Masculin ou Féminin)
 3. Masturbation
- Ces premières expériences ont-elles été vécues (entourer le chiffre correspondant à la bonne réponse)
 1. Toujours seul
 2. Toujours avec une personne de l'autre sexe
 3. Le plus souvent avec une personne de l'autre sexe
 4. Indifféremment avec l'un et l'autre sexe
 5. Le plus souvent avec une personne du même sexe
 6. Toujours avec une personne du même sexe
- Au cours de votre vie, votre attirance sexuelle a-t-elle été ?
 1. Toujours avec une personne de l'autre sexe
 2. Le plus souvent avec une personne de l'autre sexe
 3. Indifféremment avec l'un et l'autre sexe
 4. Le plus souvent avec une personne du même sexe
 5. Toujours avec une personne du même sexe
- Vos fantasmes et vos rêves érotiques sont ils ?
 1. Toujours avec une personne de l'autre sexe
 2. Le plus souvent avec une personne de l'autre sexe
 3. Indifféremment avec l'un et l'autre sexe
 4. Le plus souvent avec une personne du même sexe
 5. Toujours avec une personne du même sexe
- Vos rapports sexuels (quelque soit leur qualité) ont-ils lieu ?
 1. Toujours avec une personne de l'autre sexe
 2. Le plus souvent avec une personne de l'autre sexe
 3. Indifféremment avec l'un et l'autre sexe
 4. Le plus souvent avec une personne du même sexe
 5. Toujours avec une personne du même sexe
- Votre attirance, vos fantasmes et le sexe de vos partenaires ont-ils variés au cours de votre vie ?
 1. Non toujours hétérosexuel
 2. Oui, dans le sens hétérosexuel
 3. Non indifféremment hétéro et homosexuel
 4. Oui dans le sens homosexuel
 5. Non toujours homosexuel

Le fonctionnement actuel de votre érection

Questionnaire IIEF

Merci de répondre aussi précisément que possible à ce questionnaire qui explore la qualité de vos érections. **Chaque question a plusieurs réponses possibles : inscrivez dans la case le chiffre qui correspond à la réponse décrivant le mieux votre état actuel. Ne sélectionnez qu'une seule réponse par question posée.**

	Jamais Ou presque jamais	Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)	Quelques fois (à peu près dans la moitié des cas)	Très souvent (beaucoup plus souvent qu'une fois sur deux)	Presque Toujours ou presque	NOTE CHOISIE
1 - À quelle fréquence êtes-vous capable d'avoir des érections lors de l'activité sexuelle ?	1	2	3	4	5	
2 - Lors de l'activité sexuelle, à quelle fréquence vos érections sont-elles assez rigides pour la pénétration ?	1	2	3	4	5	
3 - Quand vous essayer d'avoir un rapport, à quelle fréquence êtes vous capable de pénétrer votre partenaire ?	1	2	3	4	5	
4 - Pendant le rapport sexuel, à quelle fréquence êtes-vous capable de maintenir l'érection après la pénétration ?	1	2	3	4	5	
	Difficulté extrême	Très difficilement	Difficilement	Difficulté légère	Sans difficulté	
5 - Pendant le rapport sexuel, avec quelle difficulté maintenez vous l'érection jusqu'à la réalisation complète de l'acte ?	1	2	3	4	5	
					SCORE	

Question complémentaire :

	Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Moyennement insatisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait	NOTE CHOISIE
Si vous deviez passer le reste de votre vie avec les érections que vous avez actuellement, comment vous sentiriez vous ?	1	2	3	4	5	

Votre sexualité dans le quotidien de votre vie

1. Pouvez-vous indiquer dans quelle mesure vous êtes satisfait de ces différents aspects de votre vie (entourez le chiffre qui vous convient dans le tableau ci-dessous)

- 1** : pas satisfait du tout
2 : pas très satisfait
3 : à peine satisfait
4 : relativement satisfait
5 : satisfait
6 : tout à fait satisfait

Votre vie dans son ensemble	1	2	3	4	5	6
Votre vie sexuelle	1	2	3	4	5	6
Vos relations avec votre partenaire	1	2	3	4	5	6
Votre vie de famille	1	2	3	4	5	6
Votre contact avec vos amis et connaissances	1	2	3	4	5	6
Vos loisirs	1	2	3	4	5	6
Votre travail	1	2	3	4	5	6
Votre situation financière	1	2	3	4	5	6
<i>Votre capacité à mener à bien ce que vous avez à faire au quotidien</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>

2. Décrivez brièvement votre trouble sexuel et son importance dans votre vie et ce que vous souhaitez obtenir en venant consulter ?

3. Parmi les troubles mentionnés ci-dessous, quels sont ceux que vous reconnaissez comme les vôtres : PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES

- est une difficulté à obtenir une érection : oui non
- est-ce une difficulté à la maintenir : oui non
- est-ce les deux ? oui non
- est-ce une absence de désir de l'acte : oui non
- est-ce une absence de plaisir : oui non
- est-ce une éjaculation trop rapide : oui non
- est-ce une déformation oui non
- est ce une question de dimension oui non

- le(s) trouble(s) est (sont)-il(s) : permanent(s) occasionnel(s)

Ce trouble a-t-il apporté des changements dans votre vie de couple ?

- Oui, Lesquels ?
 Non

4. Quand avez-vous eu des rapports normaux (avec pénétration et satisfaction) pour la dernière fois ? (cochez la réponse)

- Plus d'un an Entre 3 mois et 1 an Moins d'un mois
 Moins d'une semaine Jamais de votre vie

5. Depuis quand avez-vous des difficultés sexuelles : (cochez la réponse)

- Toujours Plus de 10 ans Entre 5 et 10 ans
 Entre 2 à 5 ans De 1 à 2 ans Moins de 1 an

6. Rattachez-vous le début de vos troubles sexuels à un évènement précis de votre vie ?

- Oui, Lequel ?
 Non

7. La survenue du trouble a-t-elle été :

- brusque
 progressive

8. A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports : _____

Ces premiers rapports ont-ils été :

- Très satisfaisants Satisfaisants Passables
 Décevants impossibles

9. Avez-vous actuellement une activité sexuelle avec partenaire :

- Oui Non

Si non, depuis combien de temps l'avez-vous interrompue :

- Moins d'un an de 1 à 2 ans
 de 2 à 3 ans plus de 3 ans

Si oui, quelle est la fréquence des rapports sexuels (y compris les tentatives non satisfaisantes) :

- Chaque jour 1 fois par semaine 2 fois par semaine
 3 à 4 fois par semaine 1 fois tous les 10 jours 1 fois tous les 15 jours
 1 fois par mois moins d'une fois par mois

10. La pénétration est-elle possible :

- Oui Non

• **Si oui,**

- à chacun des actes
 occasionnellement

• **Dans ce cas, quelle est la fréquence des pénétrations sur 10 rapports tentés : _____**

• **Faut-il une aide manuelle pour obtenir la pénétration :**

- Oui Non

- **L'érection, une fois la pénétration obtenue** (ne donner qu'une seule réponse) :
 - Se maintient rigide jusqu'à l'éjaculation
 - Chute avant l'éjaculation sans reprise possible de l'acte
 - Chute avant l'éjaculation mais avec reprise possible de l'acte
 - Ne sait pas

11. Est ce que la peur de ne pas réussir limite l'activité sexuelle :

- Oui Non

12. Limitez vous votre activité sexuelle pour d'autres raisons ?

- Oui Non

Lesquelles ?

13. Lors des rapports :

- **Etes-vous d'abord préoccupé par la qualité de l'érection ?** oui non
- **Etes-vous préoccupé par la crainte d'éjaculer trop vite ?** oui non
- **Rougissez-vous lors de l'approche de votre partenaire ?** oui non
- **Avez-vous une transpiration abondante ?** oui non
- **Avez-vous les mains moites ?** oui non
- **Sentez-vous votre cœur battre très fort ?** oui non
- **En cas d'échec êtes-vous en colère ?** oui non

14. L'érection et les possibilités de pénétration varient-elle avec certaines positions ?

- Oui Non

Comment ?

15. Vous arrive-t-il de vous masturber :

- Oui

Si oui, fréquence :

- Non

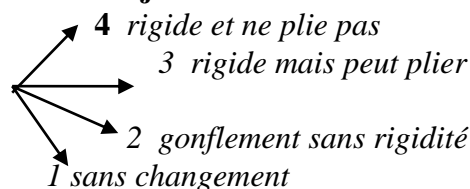
Si non, indiquez jusqu'à quand l'avez-vous fait : _____

16. Le matin au réveil ou la nuit constatez-vous des érections ?

- Oui Non

Si oui : tous les jours 1-2 fois par semaine moins de 1 fois par semaine

17. Notez la qualité de cette érection matinale, en vous imaginant debout, indiquez la position habituelle de la verge et sa dureté sur le schéma ci-joint :



18. En comparaison, l'érection de la masturbation est elle ?

- Identique Plus forte Moins forte

19. Lors des rapports éjaculez-vous :

- Oui Non

20. Lors de l'éjaculation, la verge est-elle :

- Rigide
 Molle
 semi rigide

21. Avez-vous une sensation de plaisir :

- Oui Non

Si oui, très intense Intense Moyenne Faible

22. A votre avis, l'éjaculation vient-elle :

- Normalement
 Difficilement
 un peu rapidement
 beaucoup trop tôt

23. En cas d'éjaculation trop rapide, survient-elle ?

- Avant la pénétration
 Après la pénétration

24. Avez-vous eu ou avez-vous des rapports homosexuels :

- Oui Non

25. Votre partenaire atteint-elle l'orgasme :

- Oui Non

• **Si oui,**

- Tout le temps Occasionnellement Jamais
 Par les caresses Par la pénétration Par les deux

26. Changez-vous de partenaire :

- Fréquemment Quelquefois Jamais

27. Le trouble est-il constant quelque soit la partenaire ?

- Oui Non

28. Si le trouble est variable, avez-vous perçu pourquoi ?

- Oui Non

Si oui expliquez brièvement :

29. Vivez-vous avec votre partenaire habituelle :

- Oui Non

30. Est- elle au courant de la consultation :

- Oui Non

31. Avez-vous des phantasmes sexuels ?

- Non
- Si oui**, lesquels :

32. Pensez-vous à votre activité sexuelle ?

- Chaque jour
- Plusieurs fois par semaine
- Occasionnellement
- Jamais

33. Pensez-vous qu'une grande partie de votre problème soit due à votre partenaire ?

- Oui
- Non
- **Si oui, pourquoi ?**
 - manque de stimulation de sa part
 - diminution de son attrait physique
 - pas de satisfaction de vos phantasmes
 - autres, le mentionner : _____

34. Avez-vous eu, ou avez-vous actuellement une maladie grave ?

- Oui
- Si oui**, laquelle ou lesquelles :
- Non

35. Etes-vous allergique ?

- Oui
- Si oui**, à quoi ?
- Non

36. Etes-vous diabétique ?

- Oui
- Si oui**, depuis quand ?
- Quel traitement ?** _____
- Non

37. Y a-t-il des diabétiques dans votre famille ?

- Oui
- Non

38. Etes-vous hypertendu (tension artérielle élevée) ?

- Oui
- Non
- Depuis quand ?
- Comment êtes-vous traité ?

39. Avez-vous fait un infarctus cardiaque ?

- Oui
- Non
- Des angines de poitrine ?
 - Oui
 - Non

40. Avez-vous des crampes dans les mollets à la marche ?

Oui

Si oui, au bout de combien de temps ?

Non

41. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?

Oui

Si oui, lesquelles ? Dates ? _____

Non

42. Votre problème sexuel vous paraît-il en rapport avec l'une de ces interventions ?

Oui

Non

43. Avez-vous eu un accident affectant ?

- | | | |
|--------------------------|-----|-----|
| • Le Crane | Oui | Non |
| • Le thorax | Oui | Non |
| • L'abdomen | Oui | Non |
| • Le bassin | Oui | Non |
| • Les membres inférieurs | Oui | Non |

Dates ?

Conséquences ?

44. Avez-vous fait une dépression nerveuse ?

Oui

Si oui, quand ?

Non

- Avez-vous encore un traitement pour la dépression actuellement ?

Oui

Non

45. A-t-on parlé de problèmes sexuels pour d'autres membres de votre famille ?

Oui

Non

46. Faites-vous du sport actuellement ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

47. Fumez-vous ?

Oui

Non

Depuis combien d'années ? _____

Jamais fumé

Nombres de cigarettes par jour ? _____

Arrêt (date)

Nombre d'année de tabac ? _____

Taille ? (en cms) _____

Poids ? _____

48. Prenez-vous habituellement des médicaments ?

- Oui Non

Si oui, lesquels, à quelle dose ?

49. Prenez-vous des compléments alimentaires ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

50. Prenez-vous régulièrement de la drogue ?

- Oui Non

Si oui, laquelle
à quelle dose ?

51. Prenez-vous habituellement des somnifères ?

- Oui Non

Si oui, lesquels, à quelles doses ?

52. Buvez-vous des boissons alcoolisées ?

- Oui Non

Si oui, quantité ?
Si vous avez arrêté, depuis quand ?

53. Citez les examens déjà subis pour votre trouble sexuel, avec les dates ?

(Joindre les résultats si possible).

54. Citez les traitements déjà mis en œuvre pour votre trouble sexuel ?

Lesquels ?

Dates :

Par quels médecins :

Résultats :

55. A l'époque ou vous considérez votre vie sexuelle comme normale, combien de rapports hebdomadaires aviez-vous : _____

Combien de fois répétiez-vous l'acte dans la même séance (*en plus du premier acte*) : _____

56. Quelle est la fréquence idéale des rapports sexuels que vous souhaitez :

- Une fois par mois Une fois par semaine
 Tous les jours Plusieurs fois par jour

57. Savez-vous en quoi consistent les examens que nous pratiquons pour tenter d'élucider votre problème ?

- Oui Non

58. Qu'est ce qui vous gêne dans votre problème sexuel ?

1. Le manque de satisfaction personnelle
 Oui Non
2. Le manque de satisfaction de votre partenaire
 Oui Non
3. La perte de votre image virile
 Oui Non

59. Classer dans l'ordre de 1 à 5 (en donnant 1 à la plus importante) les 5 valeurs énoncées ci-dessous.

- Votre réussite professionnelle
- Votre santé
- Votre place dans la société
- Votre sexualité
- Votre famille

60. Pensez-vous que vos problèmes sexuels viennent du fait que vous n'avez jamais été dans les conditions dont vous rêviez ?

- Oui Non

Si oui, quelles seraient ces conditions ?

61. Pensez-vous que votre problème ait une origine psychologique ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ?

62. Pensez-vous que votre problème ait une origine organique ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ?

63. Si nécessaire, accepteriez-vous de vous traiter par injections locales dans la verge, de médicaments pour déclencher l'érection ou l'améliorer ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

64. Si nécessaire, accepteriez-vous une solution chirurgicale ?

- Oui Non

Par la chirurgie sur les vaisseaux :

- Oui Non

Par implant :

- Oui Non

65. Y-a-t'il des questions que vous auriez aimé que l'on vous pose, ou des problèmes à soulever, qui ne l'ont pas été ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?