

Pré requis

Démarrage du programme d'éducation thérapeutique des jeunes filles atteintes du syndrome de MRKH traitées par dilatations

Nom :

Prénom :

Date :

La patiente a-t-elle été suivie dans un autre service ?	☐ oui ☐ non Préciser :
Combien de rencontres ont déjà eu lieu avant de démarrer les séances de dilatations ?	
Quels thèmes ont déjà été abordés ?	☐ Histoire du syndrome (découverte, origine, transmission, etc....). ☐ Conséquences du syndrome ☐ Traitements possibles ☐ Sexualité ☐ Contraception ☐ Parentalité ☐ Vaccination ☐ Autres :
L'éventualité d'un suivi psychologue a-t-il été évoqué ? Comment envisage t elle ce suivi ?	
Quelles sont les réserves de la patiente concernant le traitement par dilatations? Ses craintes ?	
Quelles sont ses attentes ?	Traitement par vaginoplastie ☐ oui ☐ non
Examen clinique : Cupule vaginale souple : ☐ oui ☐ non Taille de la cupule ou du vagin : <u>Remarques éventuelles :</u>	

**Prise en charge des jeunes filles atteintes du syndrome de
MRKH
1^{ère} séance d'éducation thérapeutique**

Nom :

Prénom :

Date :

Durée de la séance :

Principes et modalités des dilatations :	▪ Séance réalisée par le : ☐ chirurgien ☐ gynécologue ☐ chirurgien et gynécologue Nom(s) : ▪ Entretien réalisé avec : ☐ la patiente seule ☐ accompagnée ▪ Patiente ayant bénéficié d'une vaginoplastie : ☐ oui ☐ non ▪ Suivi par une psychologue: ☐ oui ☐ non ☐ psy du centre ☐ rdv prévu ☐ ne souhaite pas de suivi	
La patiente accepte le traitement par dilatations: ☐ sans difficulté ☐ avec réserve ☐ difficilement		
Explication de l'anatomie vulvaire : ☐ avec miroir ☐ sans miroir		
Présentation du kit et démonstration des dilatations :		Difficultés rencontrées
Précautions d'hygiène : lavage des mains, lavage du kit avant et après utilisation		
Manipulation du kit, présentation des différentes tailles.		
Lubrifiant à base d'eau : type et où s'en procurer.		
Modalités pratiques du moment d'intimité et lieu choisis à la maison.		
Démonstration		
Position (semi-allongée, allongée, debout, etc....)		
Repérage de la zone à déprimer, axe, degré de pression		
Adaptation du geste en fonction de la douleur		
Informations sur les désagréments possibles		
Durée et fréquence		
Autres thèmes abordés (sexualité, contraception, vaccin, parentalité, etc....)		

Prise en charge des jeunes filles atteintes du syndrome de MRKH

Feuille de suivi du traitement par dilatations

Nom :

Prénom :

Date :

Séance n° :

Durée :

Préparation et pratique des dilatations				
Manipulation du kit	☐ acquis	☐ en cours d'acquisition	☐ non acquis	Difficultés éventuelles :
Choix de la taille du dilatateur, lequel :	☐ acquis	☐ en cours d'acquisition	☐ non acquis	
Repère son anatomie	☐ acquis	☐ en cours d'acquisition	☐ non acquis	
Se positionne correctement	☐ acquis	☐ en cours d'acquisition	☐ non acquis	
Repère la zone à déprimer, l'axe, le degré de pression à exercer	☐ acquis	☐ en cours d'acquisition	☐ non acquis	
Adapte son geste en fonction de la douleur	☐ acquis	☐ en cours d'acquisition	☐ non acquis	
Problèmes rencontrés				
douleur	☐ absente	☐ tolérable	☐ non tolérable	
saignement	☐ non	☐ oui		
Examen clinique :				
Cupule vaginale souple : ☐ oui ☐ non Longueur de la cupule ou du vagin : Progression depuis la dernière séance :				
Autres problèmes rencontrés :				
Observance				
Difficultés pour trouver un temps, un moment d'intimité ou de calme à la maison	☐ jamais	☐ rarement	☐ de temps de temps	☐ souvent
Fréquence des dilatations	☐ tous les jours	☐ 1 à 2 oubli par semaine	☐ oublis fréquents	Remarques :
Durée des dilatations	☐ moins de 5 min / jour	☐ entre 5 et 10 min/jour	☐ plus de 10 min/jour	
Vaccin HPV réalisé	☐ oui	☐ non	☐ rdv prévu	
Autres thèmes abordés : (sexualité, contraception, vaccin, parentalité, etc....)				
Entretien avec la psychologue	☐ ce jour	☐ rdv prévu	☐ ne souhaite pas de suivi	

**Fin du programme d'éducation thérapeutique des jeunes filles
atteintes du syndrome de MRKH traitées par dilatations**

Nom :

Prénom :

Date :

Examen clinique :

Cupule vaginale souple : ☐ oui ☐ non

Taille de la cupule ou du vagin en fin de traitement:

Remarques éventuelles :

La patiente a accepté le traitement par dilatations: ☐ sans difficulté ☐ avec réserve ☐ difficilement

Observance au traitement au cours du programme : ☐ bonne ☐ moyennement bonne ☐ mauvaise

Des thèmes déjà abordés au cours du suivi ont-ils été repris en fin de programme ?

☐ oui ☐ non

Lesquels ?

Suivi par la psychologue ☐ oui ☐ non ☐ psy du centre

Si oui, la patiente continue t-elle le suivi après la fin du traitement ? ☐ oui ☐ non ☐ psy du centre

Conclusion de fin de traitement :

Suite de la prise en charge : ☐ suivi gynécologique conventionnel hors centre PGR ☐ suivi centre PGR ☐ autre, précisez :