

IDENTIFICATION GÉNÉRALE

Prénom :		Nom :		Numéro de Dossier :	
Âge : ans		Poids : kg lbs		Taille : mètre Pi po	
Adresse :		Ville :		Code Postal :	
Tél : Rés. : ()-		Tél : Travail : ()-		Ext : ()-	
Fax : Rés. : ()-		Fax : Travail : ()-		E-mail :	
Date de Naissance : 19 / /		Numéro Assurance maladie :			Exp. :
Assurance santé ou médicaments: <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Bénéficiaire Aide Sociale <input type="checkbox"/> Aucune				Compagnie :	
Occupation :			Employeur :		
Médecin de famille ou qui vous envoie :			Adresse :		

QUESTIONNAIRE GYNÉCOLOGIQUE

Combien de grossesses, au total, incluant les fausses couches, avortements, interruptions volontaires de la grossesse, accouchements et césariennes (enfants vivants et décédés) ?	
Nombres d'enfants vivants ou décédés, après 22 semaines de grossesse ? (incluant les grossesses de jumeaux)	
Combien de grossesses, fausses couches, avortements, interruptions de grossesse, avant 22 semaines de grossesse ?	

Date de la première journée des dernières menstruations ? (ex. : 27/10/1997)	
Âge de la toute première menstruation ? (ex. 12, 13, 14 ans)	
Si vous êtes ménopausée, année de la dernière menstruation ? (ex. : 1990)	
Date du dernier accouchement ? (ex. : 27/10/1985)	
Date du dernier examen gynécologique? (ex. : 08/1997; 1 an; 5 ans)	

	OUI	NON	EXPLIQUER
Avez-vous des cycles de moins de 25 jours et de plus de 35 jours ? Depuis quand ?			Intervalle entre deux départs de menstruations : <input type="checkbox"/> 28-30 jours <input type="checkbox"/> Moins 25 jrs <input type="checkbox"/> Plus 35 jrs <input type="checkbox"/> Imprévisibles <input type="checkbox"/> Presque continues <input type="checkbox"/> Autres
Avez-vous des menstruations de moins de 4 jours ou de plus de 7 jours ?			Nombre de jours de menstruations : <input type="checkbox"/> 4-5 jours <input type="checkbox"/> 3-7 jours <input type="checkbox"/> Moins 3 jours <input type="checkbox"/> Plus de 7 jours <input type="checkbox"/> Presque continues <input type="checkbox"/> Autres

(compléter maintenant l'autre page) —————>

	OUI	NON	EXPLIQUER
Avez-vous des saignements abondants ? Si oui, depuis quand ?			
Avez-vous de nombreux ou de gros caillots ?			
Avez-vous des douleurs menstruelles ? Combien de temps avant, durant et après ?			
Avez-vous des douleurs ou des saignements au milieu du cycle menstruel ?			
Avez-vous des douleurs lors des relations ? Occasionnelles ou empêchent d'avoir des relations?			
Avez-vous des pertes vaginales ? Couleur, consistance, odeur, brûlement.			
Avez-vous des problèmes urinaires ? (ex. : infection, perte d'urine, traitement récent)			
Avez-vous été traitée pour des maladies transmises sexuellement ? (ex. : condylômes)			
Avez-vous actuellement un moyen anti- conceptionnel ? Depuis ? (Pilule, condom, ligature)			
Avez-vous déjà pris d'autres moyens anticonceptionnels ? (Pilule, condom, stérilet)	Année	Durée	Inscrire quand, durée d'utilisation, réactions, ci-après.
Avez-vous eu un autre partenaire sexuel depuis moins d'un an ?			
Désirez-vous une grossesse prochainement? (Dans les deux prochaines années)			
Avez-vous des problèmes de fertilité depuis plus d'un an? Investigation, traitement ?			
Avez-vous déjà été traitée pour une cytologie anormale? (colposcopie, cryothérapie, laser)			
Avez-vous déjà eu un traitement pour les problèmes actuels ? Lesquels ?	Année	Durée	Inscrire chaque problème, traitements, réactions, complications, ci-après.
Avez-vous déjà pris des hormones ? (Contraceptifs oraux, Prémarine, Provera, cortisone, etc...)	Année	Durée	Inscrire chaque médicament, son dosage, fréquence, réaction, ci-après.

QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL

Dans le passé ou actuellement, avez-vous souffert ou souffrez-vous des problèmes suivants :

	OUI	NON	EXPLIQUER
Stress, anxiété, dépression, agitation, insomnie, burn-out.			
Maladies digestives : brûlements digestifs, diarrhée, constipation, crampes abdominales.			
Maladies pulmonaires : asthme, bronchite, emphysème, tuberculose, grippe récente.			
Maladies du cœur : angine, infarctus, arythmie, maladie valvulaire, hypertension artérielle.			
Diabète, maladie de l'hypophyse, de la surrénale, de la thyroïde.			
Maladies du rein : Pyélonéphrite, calculs, malformations.			
Maladies des muscles ou des os : fibromyalgie, ostéoporose, arthrose, hernie.			
Maladie du système nerveux : épilepsie, paralysie, hémorragie cérébrale.			
Anémie, hépatite, saignement prolongé lors de blessure ou d'extraction dentaires.			
Avez-vous déjà reçu des transfusions sanguines? Si oui, quand?			
Avez-vous déjà eu d'autres maladies ou hospitalisations, autres que des chirurgies?			
Faites-vous des allergies à des médicaments? (Exemple : pénicilline, aspirine, iode, etc ...)			
Prenez-vous actuellement des médicaments? Lesquels ?			<i>Inscrire chaque médicament, son dosage, fréquence, réaction, ci-après.</i>
<i>Médicaments</i>	<i>Dose</i>	<i>Fréq</i>	<i>Réactions</i>
Avez-vous déjà subi des opérations, dans le passé? Lesquelles?			<i>Inscrire chaque opération, l'année, l'hôpital et le chirurgien, ci-après.</i>
<i>Opérations</i>	<i>Année</i>	<i>Âge</i>	<i>Hôpital, chirurgien</i>

Avez-vous répondu aux questions des pages précédentes?