

RENSEIGNEMENTS PATIENTES

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Nationalité :

Profession :

Êtes-vous déjà venue au centre Echofemme ? oui non

Coordonnées

Rue :

Code Postal :

Ville :

Téléphone Fixe :

Téléphone Portable :

E-Mail :

Nom de votre Gynécologue :

Assurance :

numéro de carte :

Renseignements Médicaux

Poids actuel : Kg

Taille :

Antécédents gynécologiques

Date de vos dernières règles :

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

Êtes-vous ménopausée ? oui, Si oui, depuis quel âge ? non

Vos cycles actuels sont-ils réguliers ? oui non

Vos règles arrivent tous les: 15jours..... 28 jours..... 30 jours..... 40 jours ou plus.....autres.....

Durée des règles :

Utilisez-vous un moyen de contraception ? oui non Si oui, lequel ? Depuis quand ?

Combien d'enfants avez-vous eu ?

Avez-vous déjà eu une :

Fausse couche : oui non

Grossesse extra utérine : oui non

Interruption de grossesse : oui non Si oui, à combien de semaines :

Cancer de l'ovaire ou du sein :

Avez-vous des antécédents familiaux particuliers à nous signaler (cancer de l'ovaire, sein ou autre) :

.....

Avez-vous des antécédents personnels de cancer de l'ovaire : oui non

Si oui, opéré ?

.....

Avez-vous des antécédents personnels de cancer du sein : oui non

Si oui, opéré ?

.....

Chirurgies / Troubles gynécologiques

Avez-vous des antécédents :

de chirurgie gynécologique ? oui non Si oui, lesquels ?

.....

de césarienne ? oui non . Si oui, combien ?

.....

de troubles gynécologiques ? (kystes, fibromes ou autres) oui non, Si oui, lesquels ?

.....

de Maladies sexuellement transmissibles

Suivez-vous un traitement médicamenteux actuellement ?

.....

Date :

Signature :