

## Questionnaire première consultation

La secrétaire reste à votre disposition pour la compréhension des questions

Le Docteur SCHEFFLER complètera les questions sans réponses avec votre aide

Ce questionnaire reste entièrement personnel et confidentiel ; il est destiné à compléter votre dossier médical

Date de vos dernières règles : ...../...../.....

### Informations d'Ordre général

Ménopause (année) : .....

**Antécédents familiaux** : (en particulier vasculaires, cancers gynécologiques)

Père .....

Mère.....

Maladie héréditaire .....

### Contraception :

#### **Depuis quand**

Contraception actuelle :.....

Contraceptions antérieures :.....

Autres traitements hormonaux : .....

### **Antécédents médicaux :**

#### **Depuis quand**

### Antécédents gynécologiques :

Année ou âge à vos premières règles :.....

Durée de vos règles en moyenne :.....jours

Durée de vos cycles en moyenne :.....jours

Sont elles régulières  Oui  Non

peu abondantes  normales  abondantes  très abondantes

Leur durée en jour .....

Avez-vous des pathologies particulières ?

.....

.....

.....

Quel(s) traitement(s) prenez vous actuellement ?

.....

.....

.....

### **Pathologies Gynécologiques :**

#### **Depuis quand**

Infection sexuellement transmise

Si oui, laquelle.....

Pathologie mammaire .....

Pathologie ovarienne .....

Pathologie utérine .....

Pathologie urinaire .....

Date du dernier frottis ...../...../.....

Date de la dernière mammographie ...../...../.....

### **Antécédents chirurgicaux**

Vous avez bénéficié d'une intervention chirurgicale

La(les)quelle(s) .....

.....

**Vaccinations :**

***Dates***

Varicelle .....  
Coqueluche .....  
Rubéole .....  
Hépatite B .....

Contre Papillomavirus :  Gardasil .....  
 Cervarix .....

**Allergies :**

Médicaments :.....

Autres:.....

**Vos habitudes :**

Tabac  oui  non  
.....cig/jour

Alcool  oui  non

Toxicomanie  oui  non

**Monsieur :**

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :..... Age :.....

Taille : ..... cm Poids.....kg

Profession :..... Groupe sanguin: .....

Antécédents familiaux et/ou héréditaire :

.....

**Antécédents obstétricaux :** (voir fiche ci-dessous)

Date	Antécédents	Terme	Grossesse	accouch	enfants	remarq u

**Autres éléments à signaler :**

FICHE PERMETTANT DE REMPLIR LE TABLEAU  
ANTÉCEDENTS OBSTÉTRICAUX

Ne rien inscrire sur cette feuille

**Ant (antécédent):**

FCS: *fausse couche*

FCS: *fausse couche Spontanée*

ACC : *Accouchement*

Cés : *Césarienne*

IVG : *Interruption volontaire de grossesse*

ITG : *Interruption thérapeutique de grossesse*

**Terme** : en semaines d'aménorrhées (= semaines de grossesse + 2)

**Grossesse** :

HTA : *Hypertension artérielle*

MPA : *Menace d'acc prématuré*

Diab: *Diabète*

**Accouchements** :

Trav lg : *Travail long*

VBS : *Voie basse spontanée*

Déch : *Déchirure*

Fcps : *Forceps*

Vent : *Ventouse*

Cés : *Césarienne*

Episio : *Episiotomie*

**Enfants** :

F : *fille* G : *Garçon*

+ noter son poids à la naissance

**Remarques** :

Noter brièvement les problèmes particuliers