

CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES DE MONTRÉAL
Informations médicales

DATE :	ÂGE :	NOM COMPLET ou carte RAMQ
GROSSESSE ACTUELLE		
Date de la dernière menstruation normale (1 ^{er} jour) :		
Avez-vous eu des saignements depuis votre dernière menstruation (durée, couleur, abondance)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifiez :		
Avez-vous des symptômes de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, depuis combien de semaines? _____		
Si oui, spécifiez : <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Seins douloureux/gonflés <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Uriner + <input type="checkbox"/> Autres		
Avez-vous fait un test de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Sanguin <input type="checkbox"/> Non		Si oui, indiquez le résultat et la date : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :
Avez-vous eu une échographie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, indiquez la date :
Lieu :		Nombre de semaines :

GROSSESSE(S) ANTÉRIEURE(S)		
Avez-vous déjà eu un examen gynécologique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous déjà été enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allaitez-vous présentement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre d'accouchements par voie vaginale :	Date du dernier :	Complications (s'il y a lieu) :
Nombre d'accouchements par césarienne :	Date du dernier :	Complications (s'il y a lieu) :
Nombre d'avortements par instruments :	Années :	Complications (s'il y a lieu) :
Nombre d'avortements par médicaments :	Années :	Complications (s'il y a lieu) :
Nombre de fausses-couches :	Années :	Complications (s'il y a lieu) :
Nombre de grossesses ectopiques :	Années :	Complications (s'il y a lieu) :

HISTOIRE MÉDICALE	
Décrivez la douleur lors de vos menstruations : <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Modérées <input type="checkbox"/> Sévères	
Prenez-vous actuellement ou avez-vous déjà pris des drogues? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Non	Prenez-vous actuellement des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :
Êtes-vous allergique à certains médicaments et/ou au latex? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :	Fumez-vous la cigarette? <input type="checkbox"/> Oui : Combien par jour : <input type="checkbox"/> Non

CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES DE MONTRÉAL
Informations médicales (suite)

HISTOIRE MÉDICALE (suite)

Connaissez-vous avec certitude votre groupe sanguin?

Oui Non Si oui, précisez le groupe :

Avez-vous déjà été hospitalisée/opérée?

Oui Si oui, précisez :
 Non

Avez-vous déjà eu une ou des infections transmissibles sexuellement?

Oui Si oui, précisez :
 Non

Avez-vous déjà eu une infection de l'utérus/des trompes?

Oui Si oui, indiquez en quelle année :
 Non

NOM COMPLET ou carte RAMQ

Quelle est la date de votre dernier test PAP (frottis, cytologie)? _____

Avez-vous déjà présenté les problèmes de santé suivants :

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hémorragie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Problème cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Phlébite/Caillot/Embolie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie de foie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Anémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problème de coagulation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Problème de coagulation dans la famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Si oui, précisez :

Migraines / Maux de têtes sévères : Oui Non

Si oui, symptômes neurologiques : (perte de vision, flash lumineux, vision floue, engourdissements, paralysie, etc.)

Oui Non Si oui, précisez : _____

Avez-vous des questions sur les méthodes contraceptives? Oui Non

Si oui, indiquez lesquelles :

<input type="checkbox"/> Pilule contraceptive	<input type="checkbox"/> Depo-provera	<input type="checkbox"/> Ligature
<input type="checkbox"/> Timbre contraceptif	<input type="checkbox"/> Calendrier	<input type="checkbox"/> Vasectomie
<input type="checkbox"/> Anneau vaginal	<input type="checkbox"/> Stérilet	<input type="checkbox"/> Diaphragme
<input type="checkbox"/> Condom	<input type="checkbox"/> Méthode sympto-thermique	

Avez-vous déjà utilisé des méthodes contraceptives que vous avez mal tolérées?

Oui Non Si oui, indiquez lesquelles :

Désirez-vous utiliser une méthode contraceptive après l'avortement?

Oui Non Si oui, indiquez laquelle :

Avez-vous un médecin de famille?

Oui Non Si oui, indiquez son nom :

Planifiez-vous voyager dans les 14 prochains jours?

Oui Non Si oui, à quel endroit :

SIGNATURE DE LA MÉDECIN