

DATE	ÂGE
-------------	------------

NOM COMPLET ou carte RAMQ

BILAN DE SANTÉ

Nom du médecin de famille :

Prenez-vous des médicaments? Oui Non
Si oui, spécifiez lesquels :

Avez-vous des allergies connues? Oui Non
Si oui, spécifiez lesquelles :

Fumez-vous la cigarette? Oui Non Si oui, spécifiez combien de cigarettes par jour :

Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu par le passé des problèmes gynécologiques (ex. : douleur lors des relations sexuelles, kystes aux ovaires, fibromes utérins, infection vaginale, infection de l'utérus, colposcopie)?
 Oui Non Si oui, spécifiez lesquels :

Avez-vous des problèmes de santé? Haute pression Caillot jambes Maladie de foie
 Maladie cardiaque Diabète Cancer Migraines
 Autres - Précisez :

Avez-vous déjà été hospitalisée/opérée?
 Oui Non Si oui, précisez :

Est-ce qu'il y a des problèmes de santé particuliers dans votre famille (ex. : cancer du sein, problème de coagulation)?
 Oui Non Si oui, précisez le problème de santé et le lien de parenté :

PROFIL GYNÉCOLOGIQUE

Date de la dernière menstruation normale (1^{er} jour) _____ Date de votre dernier PAP test (cytologie, frottis)? _____

Avez-vous déjà eu une ou des infections transmissibles sexuellement? Oui Non
Si oui, indiquez le type d'infection et l'année :

Avez-vous déjà eu un dépistage d'infections transmissibles sexuellement? Oui Non
Si oui, indiquez la date :

Utilisez-vous une méthode contraceptive? Oui Non Si oui, spécifiez laquelle :

Avez-vous déjà utilisé une ou des méthodes contraceptives que vous avez mal tolérées? Oui Non
Si oui, spécifiez lesquelles et leurs effets indésirables :

Avez-vous déjà été enceinte? Oui Non Si oui, spécifiez les informations suivantes :

Nombre d'accouchements par voie vaginales _____

Nombre d'accouchements par césarienne _____

Nombre de fausse-couches ou avortements _____

SIGNATURE DE LA MÉDECIN

