**NOM ET PRENOM :** **SEXE :**       **TAILLE :**        **POIDS :**

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :**

**ADRESSE :** **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :**

**SITUATION PRIVÉE, LIEU DE VIE :**

**SITUATION PROFESSIONNELLE, LIEU DE TRAVAIL :**

**NOM DE L’ASSURANCE MALADIE :** **NUMÉRO D’ASSURÉ :**

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

**DATE DU JOUR :**

**Quelles sont les raisons qui vous amènent à notre première consultation ? Présentez-vous actuellement des troubles de santé ? Si oui, lesquels ? Disposez-vous d’un diagnostic médical ?**

**Comment décrieriez-vous votre état émotionnel du moment ?**

**Prenez-vous régulièrement des médicaments, suivez-vous régulièrement une forme de thérapie, recevez-vous régulièrement des soins préventifs ou thérapeutiques ? Si oui, veuillez préciser, svp.**

**Allergies éventuelles**

* **alimentaires :**
* **médicamenteuses :**
* **autres :**

**DONNEES GENERALES :**

**Groupe sanguin :**

**Buvez-vous de l’alcool ?**      **A quelle fréquence ?**

**Prenez-vous des drogues ?**       **A quelle fréquence ?**

**Buvez-vous du café ?**       **A quelle fréquence ?**

**Fumez-vous ?**       **A quelle fréquence ?**

**Quelles sont vos habitudes alimentaires ? Soyez le plus précis-e possible en décrivant ce que vous avec l’habitude de manger (types de légumes, céréales, viandes, boissons etc) :**

**Matin :**

**Midi :**

**Soir :**

**Entre les heures des repas :**

**Comment sont :**

* **Votre appétit (fort, moyen, faible…) :**
* **Votre digestion (lourde, lente, rapide…) :**

**Avez-vous des : brûlures, nausées, vomissements, douleurs abdominales ?**

**Comment sont :**

* **Votre transit :**
* **Votre sommeil :**
* **Votre immunité :**

**ANTECEDANTS PERSONNELS**

**Veuillez s.v.p. indiquer ci-dessous dans l’ordre chronologique les maladies, accidents ou opérations que vous avez eu dans votre passé. Des états psychiques altérés ou des chocs psychiques de tout ordre sont également importants à noter. (Veuillez indiquez d’abord l’âge, puis l’événement s.v.p.)**

**Petite enfance :**

**Enfance :**

**Adolescence :**

**Age adulte :**

**QUESTIONNAIRE GYNECOLOGIQUE**

Date du dernier examen gynécologique ?

Avec ou sans dépistage du cancer du col de l’utérus (frottis du col) ?

Palpez-vous régulièrement vos seins ?

Avez-vous eu des infections vaginales, des maladies vénériennes ou d’autres maladies gynécologiques ?

Avez-vous des écoulements vaginaux (couleur, odeur, abondance) ?

Avez-vous des pertes d’urine involontaires en toussant, en courant, en riant ? Avez-vous des besoins urinaires urgents ?

**Historique des menstruations**

A quel âge vos règles ont-elles commencé ?

Y a-t-il eu des problèmes durant l’adolescence ?

Actuellement combien de jours durent-elles ?

Sont-elles abondantes ?

Sont-elles douloureuses ?

Quelle est la durée de votre cycle (du 1er j des règles jusqu’au prochain 1er j des règles) ?

Est-il régulier ?

Sentez-vous vos ovulations ?

Avez-vous des saignements entre les règles ?

Quelle est la date de vos dernières règles ?

Avez-vous des symptômes psychiques ou physiques liés à vos règles (ex : nausées, rétention d’eau, prise de poids, tension mammaire, angoisses, colères, rhume ou refroidissement, ...) :

**Historique des grossesses et accouchements**

Avez-vous été enceinte ?       Combien de fois ?

Avez-vous eu des fausses couches spontanées ?       Quand ?

Avez-vous eu des avortements ?       Quand ?

Quel nombre de grossesses avez-vous menées à terme ?

Avez-vous eu des problèmes pendant vos grossesses ?

Avez-vous eu des problèmes pendant vos accouchements ?

Quelle est la date de vos accouchements ?

Quel est le poids du ou des bébés ?

**Historique de la ménopause**

Quel âge aviez-vous au moment des premiers symptômes de la pré-/ ménopause ?

Depuis quel âge êtes-vous ménopausée (dernières règles) ?

A quel âge votre mère ou év. vos sœurs ont-elles été ménopausées ?

Avez-vous des symptômes liés à votre ménopause ? Si oui, lesquels ?