

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux

Asthme Migraine Maladie chronique Hypertension Diabète Cancer AVC Phlébite

Autre :

Traitements en cours :

Chirurgicaux sphère uro-génitale, sein, bassin

(hystérectomie, bandelette, cure de prolapsus etc)

Opération	Année	Opération	Année

Merci de ramener le compte rendu opératoire lors de la première consultation

ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

Date des dernières règles ou année de la ménopause :

Contraception ou traitement ménopause : oui non

Moyen de contraception : Pilule Préservatif Diaphragme Patch Anneau

Stérilet date de pose : Implant date de pose :

Traitement substitutif : Depuis le :

Date du dernier frottis :

Date de la dernière mammographie :

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Terme du prochain accouchement. Précisez la/les date(s) :

Accouchement(s)

Date	Prénom	Poids du bébé	Voie Basse	Césarienne	Péridurale	Épisiotomie	Allaitement
		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fausse couche. Précisez la/les date(s) :

Interruption de grossesse. Précisez la/les date(s) :

Je soussignée....., atteste sur l'honneur l'exactitude de ces informations.

En cas de modification de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer ma sage-femme.

Date : Signature de la patiente :