



Renseignements généraux

Date: _____

Nom: _____ Âge: _____ Date de naissance: _____
mm jj année

Adresse électronique: _____

Adresse à domicile: _____

Ville: _____ Prov: _____ Code Postale: _____

Numéro de téléphone à domicile: _____ au travail: _____

Profession/métier: _____ Temps plein: ____ Temps partiel: ____

À la retraite: ____ Autre: _____

Situation familiale: marié(e): ____ divorcé(e) ____ veuf/veuve : ____ amis: ____

conjoint de fait: ____ parents: ____ enfants: ____ autre: ____

Animaux domestiques:

Comment avez-vous eu de l'information sur l'hormonothérapie substitutive?

annonce publicitaire ____ autre patient(e) ____ livres / articles ____ cours / séminaire ____

médecin / professionnel de la santé: ____ autre: _____

Comprenez-vous ce qu'est l'hormonothérapie substitutive naturelle (bio-identique)?

Que recherchez-vous dans l'hormonothérapie substitutive naturelle?

État se santé

Santé en général: excellente ____ bonne ____ moyenne ____ mauvaise ____

taille _____ poids: _____

Diagnostique actuel ou conditions médicales: _____

Allergies aux médicaments: _____

Allergies à la nourriture, aux pollen, etc.: _____

Médicaments prescrits actuellement: _____

Vitamines ou médicaments en vente libre: _____

Produits à base de plantes médicinales, etc.: _____

Avez-vous fait vérifier votre taux de cholestérol? Oui ____ Non ____ Date: _____

Résultats: _____

Avez-vous passé une mammographie? Oui ____ Non ____ Date: _____

Résultats: _____

Avez-vous eu une ostéodensitométrie? Oui ____ Non ____ Date: _____

Résultats: _____

Par quel(s) professionnel(s) de la santé êtes-vous suivie?

Problèmes médicaux antérieurs

Maladies infantiles: _____

Problèmes de santé (adulte): problèmes cardiaques: ____ hypertension artérielle: ____
accident vasculaire cérébral (stroke): ____ veines variqueuses: ____ diabète: ____
défauts de coagulation: ____ problèmes rénaux: ____ asthme: ____ épilepsie: ____
fractures: ____ arthrite: ____ colite: ____ troubles de la vésicule biliaire: ____ Cancer: ____
Syndrome de fatigue chronique: ____ Fybromyalgie: ____ Troubles de l'alimentation: ____
Autre: _____

Habitudes de vie

Restrictions alimentaires:

Choix de repas:

Déjeuner: _____

Dîner: _____

Souper: _____

Faites-vous régulièrement de l'exercice physique? Oui ____ Non ____

De quel genre? _____

Fumez-vous ? Oui ____ Non ____ Si oui, à quelle fréquence? _____

Auparavant: _____ Pendant combien longtemps? _____

Consommez-vous des produits alcoolisés? Oui ____ Non ____

Si oui, à quelle fréquence? _____

Auparavant: _____ Pendant combien longtemps? _____

Consommez-vous des produits qui contiennent de la caféine? Oui ____ Non ____

Si oui, à quelle quantité? _____

Antécédents familiaux

Veillez faire la liste des membres encore vivants de votre famille en indiquant leur âge et ceux qui pourraient avoir des maladies importantes comme: hypertension artérielle, affections cardiaques, cancer, diabète, ostéoporose, etc.:

Veillez faire la liste des membres de votre famille qui sont décédés des suites de maladies grave (voir question précédente), en indiquant le nom de la maladie et leur âge au moment de leur décès.

Dossier gynécologique

Âge de la première menstruation: _____ Date de la dernière menstruation: _____

Date du dernier examen pelvien: _____

Dépistage du cancer du col: (test pap) _____ Resultats: _____

Avez-vous déjà eu un résultat anormal de dépistage anormal? Oui ___ Non ___

Si oui, quel traitement avez-vous reçu ? _____

Êtes-vous active sexuellement? Oui ___ Non ___

Essayez-vous d'avoir des enfants? Oui ___ Non ___

Méthode de contraception actuelle: _____ Depuis combien de temps: _____

Cette méthode vous pose-t-elle des problèmes ? _____

Depuis combien de temps: _____

Problèmes avec la méthode de contraception dans le passé ou autres problèmes qui y sont liés:

Nombre de jours saignement: _____ Importance du saignement: _____

Fréquence des crampes: _____ Symptômes prémenstruels: _____

Si oui, ceux-ci commencent et se terminent quand? _____

Y a-t-il des pertes de sang entre les menstruations ? _____ Quand? _____

Avez-vous des douleurs pelviennes ou une sensation de pression dans cette région ?

Oui ___ Non ___ Si oui, expliquez: _____

Y a-t-il démangeaison ou écoulement vaginal inhabituels: Oui ___ Non ___

Si oui, décrivez le problème:

Traitement: _____

Âge lors de votre première grossesse: _____ Combien de grossesses à terme: _____

Problèmes éventuels:

Y a-t-il eu des interruptions de grossesses (fausses-couches or avortement):? Oui ___ Non ___

Avez-vous subi une ligature des trompes? Oui ___ Non ___ Si oui, quand? _____

Avez-vous subi l'ablation d'un ovaire or d'une partie d'un ovaire?

Oui ___ Non ___ Si oui, quand? _____

Avez-vous eu une hystérectomie? Oui ___ Non ___ Si oui, quand? _____

Avez-vous conservé vos ovaires ? Oui ___ Non ___

Symptômes I (Pour chaque symptôme, énuméré, entourez un des choix proposés. Si vous pensez que deux termes seraient plus précis, comme léger et modéré, choisissez alors les deux)

Maux de tête	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Baisse de la libido	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Anxiété	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Seins enflés	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Changements d'humeur	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Pensée brouillée	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Dépression	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Fringales	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Irritabilité	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Insomnie	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Crampes	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Instabilité émotionnelle	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Douleur aux seins	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Prise de poids	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Ballonnement	Aucun	Léger	Modéré	Sévère

Symptômes II (Pour chaque symptôme énuméré, entourez un des choix proposés. Si vous pensez que deux termes seraient plus précis, comme léger et modéré, choisissez alors les deux)

Bouffées de chaleur	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Essoufflement	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Sueurs nocturnes	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Troubles du sommeil	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Sécheresse vaginale	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Peau sèche / cheveux sec	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Perte de cheveux	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Anxiété	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Changements brusques d'humeur	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Maux de tête	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Dépression	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Perte de la mémoire à court terme	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Fréquents besoin d'uriner	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Infection des voies urinaires	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Palpitations cardiaques	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Incapacité à parvenir à l'orgasme	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Perte de poils du pubiens	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Pénétration du vagin douloureuse	Aucun	Léger	Modéré	Sévère

Symptômes III (Pour chaque symptôme énuméré, entourez un des choix proposés. Si vous pensez que deux termes seraient plus précis, comme léger et modéré, choisissez alors les deux)

Rétention d'eau	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Fatigue, perte d'énergie	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Seins enflés	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Mastite scélérokystique	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Sautes d'humeur prémenstruelles	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Absence de désir sexuel	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Flux menstruel abondant ou irrégulier	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Fibromes utérin	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Envies excessifs de sucreries	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Gain de poids (hanches et cuisses)	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Symptômes d'hypothyroïdie (faible production d'hormones par la glande thyroïde)	Aucun	Léger	Modéré	Sévère

Journal de la patiente concernant sa ménopause

Auto-évaluation: sur une échelle de 1 à 3, notez combien de fois vous avez les symptômes suivants.
(1 – léger, 2 – modéré, 3 – sévère)

Symptômes	<i>lun</i>	<i>mar</i>	<i>mer</i>	<i>jeu</i>	<i>ven</i>	<i>sam</i>	<i>dim</i>
Bouffées de chaleur							
Sueurs, sueurs nocturnes							
Palpitations cardiaques							
Démangeaisons de la peau, sensation que quelque chose rampe sur la peau							
Irrégularités menstruelles							
Sécheresse vaginale							
Problèmes urinaires							
Douleurs articulations, muscles							
Maux de tête							
Peau sèche							
Cheveux plus fins							
Inconfort buccal							
Changements brusques d'humeur							
Anxiété, appréhension							
Dépression							
Insomnie							
Perte de mémoire							
Changements dans les comportements sexuels							