



Informations personnelles:

Nom:

Prénom:

Taille (cm):

Poids (kg):

Allergies:

Anamnèse gynécologique:

Age de votre première menstruation?

Date de votre dernière menstruation?

Durée de vos cycles menstruels?

Vos cycles, sont-ils réguliers irréguliers ? (cocher les bonnes réponses)

Liste de toutes vos opérations gynécologiques. Veuillez indiquer la date et l'hôpital, où l'opération a eu lieu.

Lieu et date de votre dernière mammographie ou ultrason mammaire.

Quel type de contraception utilisez-vous?

Est-ce que vous avez été vaccinée contre le cancer du col de l'utérus? Oui Non

Anamnèse personnelle:

Liste de toutes vos opérations non-gynécologiques. Veuillez indiquer la date et l'hôpital, où l'opération a eu lieu.

Souffrez-vous des maladies suivantes? (cocher les bonnes réponses correctes)

Cancer Attaque vasculaire cérébrale Attaque cardiaque Diabète Dépression

Souffrez-vous d'autres maladies chroniques? Si oui, lesquelles?

Quel médicaments prenez-vous de manière régulière?

Fumez-vous? Oui Non Si oui, combien de paquets par jour?

Buvez-vous de l'alcool? Oui Non Si oui, combien de verres par jour? Par semaine?



Anamnèse familiale:

Des personnes de votre famille souffrent-elles ont-elles souffert des maladies suivantes?

Cancer du sein Cancer de l'ovaire Cancer de l'utérus Cancer de l'intestin

Thrombose veineuse profonde Embolie pulmonaire (cocher les bonnes réponses correctes)

Y a-t-il des maladies héréditaires dans votre famille? Si oui, lesquelles?

Anamnèse obstétricale:

Liste de tous vos accouchements. Veuillez indiquer la date et l'hôpital, où l'accouchement a eu lieu.

Date de l'accouchement: Poids de l'enfant à la naissance: Mode d'accouchement
Spontané Césarienne Forceps/Ventouse

Date de l'accouchement: Poids de l'enfant à la naissance: Mode d'accouchement
Spontané Césarienne Forceps/Ventouse

Est-ce que vous avez eu une grossesse extra-utérine? Si oui, indiquez la date et l'hôpital, où l'intervention eu lieu.

Avez-vous fait une fausse-couche (avec curetage) ou une interruption de grossesse? Si oui, veuillez indiquer la date et l'hôpital, où l'intervention a eu lieu.

Motif de consultation d'aujourd'hui?

Douleurs Contrôle annuel Contraception Autres (préciser):

Comment avez-vous entendu parler de notre cabinet?

Par mon médecin de famille (nom/lieu):

Par des des amis/famille Par internet Par l'annuaire téléphonique Par le panneau à l'entrée

Autre (préciser):

J'ai rempli ce formulaire au mieux de mes connaissances. En cas de doute, j'ai demandé des éclaircissements à l'assistante médicale ou au médecin avant de répondre.

Date, Lieu, Signature

Nous vous remercions d'avoir rempli ce formulaire d'anamnèse.

Dr. Stefan Buballa