

Nom : _____	Prénom : _____
Date de Naissance : ___ / ___ / _____	Profession : _____
Adresse : _____	
_____	
_____	
Tel 1: _____	Tel 2: _____
Correspondant 1: _____	Correspondant 2: _____

## Antécédents

Groupe : \_\_\_ Rh \_\_\_

### Antécédents médicaux notables

Taille : __, __ m	Poids : _____ kg	BMI : _____
Hirsutisme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Migraine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ( <input type="checkbox"/> Avec Aura, <input type="checkbox"/> Sans aura)	
Allergies : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	Sport : ___ h/sem	
Vaccins : ROR : ___ / ___ / _____	DTPCoq : ___ / ___ / _____	Hep B : ___ / ___ / _____

### Antécédents gynécologiques et obstétricaux notables

G \_\_\_ P \_\_\_

Année	Grossesse	Accouchement	Poids	Sexe	

Durée des cycles : ___ à ___ jours (___ cycles/an)	
Algoménorrhée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	Sd prémenstruel : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____
Mycoses <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : ___ / an	Infections urinaires: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : ___ / an
Vaccin HPV <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Gardasil <input type="checkbox"/> Cervarix _____ doses	
FCU le ___ / ___ / _____	le ___ / ___ / _____ le ___ / ___ / _____
Conisation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Anse <input type="checkbox"/> Bistouri froid le ___ / ___ / _____	

### Périnée/Sexualité/Contraception

Âge 1 <sup>er</sup> rapport : _____ ans	Dyspareunies : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____
Satisfaction sexuelle : _____ EVA	Incontinence : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R : _____
Partenaire depuis : _____	Nb Partenaires : _____ ATCD IST : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Contraception : _____	

### Habitus

Tabac : <input type="checkbox"/> Non ( <input type="checkbox"/> Arrêt le (___ / ___ / ___))	<input type="checkbox"/> Oui (___ cig/jour)
Alcool : _____	Toxiques : _____
Violences: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

**Antécédents familiaux notables**

Oncologiques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Artériels : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Veineux : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Endocriniens : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Génétiques : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

**Bilan glucido-lipidique de surveillance quinquennal**

	Cholest	HDL	LDL*	Trigly.(N<2)	Glycémie	LDL limite (g/L): 2,2 : pas de facteur de risque 1,9 : 1 facteur de risque 1,6 : 2 Facteurs de risque FdR : Tabac (ou arrêté de moins de 3 ans), HDL < 0,4, âge > 65 ans, ATCD infarctus ou mort subite 1 <sup>er</sup> degré < 55 ans (femme) ou 65 ans (homme) , HTA traitée ou non, diabète type II - 1 Facteur si HDL > 0,6 g/L
___ / ___ / _____						
___ / ___ / _____						
___ / ___ / _____						

**Dépistages**

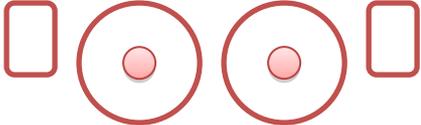
	Syphilis <sup>1</sup>	HIV	Hep C <sup>2</sup>	Ag HBs <sup>3</sup>	Anti-HBs <sup>3</sup>	Anti-HBc <sup>3</sup>	Chlam. <sup>4</sup>
___ / ___ / _____							
___ / ___ / _____							
___ / ___ / _____							

<sup>1</sup> Si facteur de risque (bisexuel...). <sup>2</sup>Si toxicomanie (paille ++), <sup>3</sup> Si non vaccinée, <sup>4</sup>< 30 ans ou facteurs de risque (PCR urinaire)

**Consultation initiale en date du** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Bienvenue (Motif) :** \_\_\_\_\_

**Entretien/Examen clinique**



Seins : T \_\_\_ N \_\_\_

TA : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cmHg

**Renseignement/Choix**

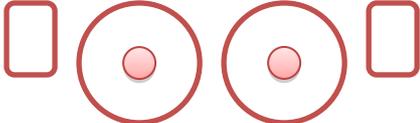
**Explications/Paraclinique demandée**

**Retour en date du** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consultation en date du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Bienvenue (Motif) : \_\_\_\_\_

Entretien/Examen clinique

	
	Seins : T ___ N ___
	TA : _____ / _____ cmHg

Paraclinique

--

Conclusions

FCU fait : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Consultation en date du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Bienvenue (Motif) : \_\_\_\_\_

Entretien/Examen clinique

	
	Seins : T ___ N ___
	TA : _____ / _____ cmHg

Paraclinique

--

Conclusions

FCU fait : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui