

Feuille d'anamnèse pour une consultation de contraception

Chère patiente,

Votre santé nous tient à coeur. Afin de pouvoir vous conseiller de manière optimale lors du choix de votre méthode de contraception, nous vous prions de répondre aux questions ci-après :

Date

Renseignements personnels

Nom, prénom

Taille

Numéro, voie

Poids

CP, ville

IMC*

Date de naissance

Pression artérielle*

* consignée par l'assistant/e médicale

Questions sur votre mode de vie

Fumez-vous ou avez-vous fumé dans le passé ? Oui Non Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Faites-vous régulièrement des vols long courrier (> 4 h) ? Oui Non

Avez-vous récemment accouché ou allaitez-vous ? Oui Non

Vous avez un emploi du temps irrégulier et vous ne pouvez pas penser à prendre vos médicaments tous les jours à la même heure ? Oui Non

Prenez-vous régulièrement des médicaments, des médicaments à base de plantes et/ou des compléments alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Vos méthodes de contraception jusqu'ici

Mes méthodes de contraception jusqu'ici :

Pilule	Patch contraceptif	Anneau vaginal	Injection contraceptive	Stérilet hormonal
Implant contraceptif/Bâtonnet contraceptif	Stérilet au cuivre, chaîne de cuivre, boule de cuivre			
Divers				

J'ai eu une contraception sans hormone jusqu'ici Je n'ai pas encore eu une contraception

Pendant combien de temps avez-vous utilisé la méthode de contraception indiquée ?

Avez-vous constaté des effets indésirables lors de son utilisation ? Si oui, lesquels ?

Renseignements sur vos règles

Cycle	irrégulier	régulier		Autres informations à communiquer sur vos règles (par ex. seins tendus, maux de tête) :
Saignements intermittents	rare (max. tous les 2 à 3 cycles)	fréquents (dans chaque cycle)	jamais	
Durée du cycle (jours)*	< 24	24 – 34	> 34	
Intensité des saignements (protections ou tampons/jour)	forte (> 5)	modérée (2–5)	faible (< 2)	

Douleurs avant/pendant les règles (douleurs abdominales et pelviennes)

Oui, fortes	Oui, modérées	Non ou faibles
-------------	---------------	----------------

* Durée du cycle = Période du premier jour des règles jusqu'à la veille des règles du mois suivant

Questions sur des maladies existantes

Souffrez-vous régulièrement de diarrhée et/ou de vomissements ? Oui Non

Souffrez-vous de migraine ou de forts maux de tête ? Oui Non

Si oui: est-ce que des troubles de la vision, de la parole et/ou des sensations d'engourdissement y sont associés ? Oui Non

Avez-vous de l'acné ? Oui Non

Avez-vous une pilosité corporelle importante ? Oui Non

Est-ce que qu'une opération majeure ou une réduction de la mobilité est programmée pour vous ? Oui Non

Avez-vous l'une des maladies suivantes ?

	Hypertension	Oui	Non		Maladies du foie ou de la vésicule	Oui	Non
	Trouble de la coagulation	Oui	Non		Épilepsie	Oui	Non
Maladie cardiaque ou pulmonaire chronique		Oui	Non		Affections psychiatriques	Oui	Non
Angine de poitrine / Troubles du rythme cardiaque		Oui	Non		Troubles alimentaires	Oui	Non
	Lipides sanguins élevés	Oui	Non		Maladies intestinales chroniques	Oui	Non
	Diabète	Oui	Non		Avez-vous des varices ?	Oui	Non
	Maladie rénale chronique	Oui	Non				

Souffrez-vous d'une autre maladie chronique (par ex. anémie falciforme, maladie de Crohn, colite ulcéreuse) ?

Souffrez-vous d'une allergie ou intolérance ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous déjà eu un des événements suivants ? Oui Non

Thrombose et/ou embolie pulmonaire Oui Non

Divers

Vous a-t-on diagnostiqué une endométriose ? Oui Non

Avez-vous subi des opérations gynécologiques dans le passé ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Questions sur les antécédents médicaux dans votre famille

Est-ce que l'un de vos parents (mère, père, frère, soeur, grands-parents, enfants) a eu l'une des maladies ou des troubles ci-après ? Si oui, qui et à quel âge ?

Thrombose / embolie pulmonaire	Oui	Non	Affections cardiaques	Oui	Non
Infarctus du myocarde	Oui	Non	Lipides sanguins élevés	Oui	Non
AVC	Oui	Non	Cancer	Oui	Non



Veillez insérer votre signature via la fonction « Remplir et signer » ou « Signer ».

Lieu, date

Signature

Par la présente, vous confirmez, en tant que patiente, avoir rempli le formulaire au mieux de vos connaissances. Ce questionnaire sur les antécédents médicaux sert d'aide documentaire au médecin et n'a aucun caractère d'exhaustivité.

Remarques du médecin