

Programme endométriose - questionnaire de contact

I. Informations générales

Nom

Prénom

Nom de famille

Adresse e-mail

exemple@exemple.com

Téléphone

Code postal

Téléphone

Date naissance

Jour

Mois

Année



Profession

II. Enfants

Avez vous des enfants? si oui, combien?

De façon naturelle? médicalement assistée? adoption?

Avez vous déjà eu des grossesses non arrivées à terme? si oui, combien?

III. Endométriose

Avez-vous déjà consulté pour ce motif ? si oui, quel a été votre parcours thérapeutique (généraliste, gynécologue, médecine alternative...)?

Quand a-t-elle été diagnostiquée?

Où est-elle localisée?

Quels sont vos symptômes?

Facteurs aggravants?

Il y a-t-il quelque chose qui vous soulage?

Antécédents familiaux?

Menstruations : sont elles régulières ?abondantes ?sont elles associées à d'autres troubles (migraines, nausées ...)?

Avez-vous un moyen de contraception ? si oui lequel ?

Avez vous des troubles intestinaux?

IV. D'autres problèmes de santé

Avez-vous d'autres problèmes de santé ?si oui, lesquels et avez-vous un traitement ?

V. Quels sont vos objectifs/attentes par rapport à ce programme ?(gestion des douleurs, désir d'enfants, régulation du transit...) ?

*

VI. Souhaitez-vous nous signaler d'autres choses?

VII. Comment nous avez vous connu?

VIII. Avez vous des contraintes horaires?

IX. Nom de votre médecin traitant

X. Nom de votre gynécologue qui vous suit