



## 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)

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

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

<b>Rétention d'eau</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Fatigue, perte d'énergie</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Seins enflés</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Mastite scélérokystique</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Sautes d'humeur prémenstruelles</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Absence de désir sexuel</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Flux menstruel abondant ou irrégulier</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Fibromes utérin</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Envies excessifs de sucreries</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Gain de poids (hanches et cuisses)</b>	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
<b>Symptômes d'hypothyroïdie</b> (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)

<b>Symptômes</b>	<b><i>lun</i></b>	<b><i>mar</i></b>	<b><i>mer</i></b>	<b><i>jeu</i></b>	<b><i>ven</i></b>	<b><i>sam</i></b>	<b><i>dim</i></b>
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							