CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE
Patiente avec Endométriose

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

Date : **……/……/…….**

VOTRE IDENTITÉ :

Nom : ……
Nom de naissance : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
Tel : ……
Mail : ……
Situation professionnelle : ……
Situation familiale : ……
Médecin traitant / Gynécologue /Sage-femme et leurs coordonnées :
……
……

SITUATION ET EXAMENS :

Type d'endométriose :

☐ Ovarienne ☐ Superficielle ☐ Profonde ☐ Adénomyose

Date du diagnostic ? ……. /…… /……

Par quel(s) examen(s) ? (À joindre IMPÉRATIVEMENT)

☐ IRM pelvienne ☐ Échographie ☐ Coelioscopie ☐ Autre : ……

Date du dernier examen : ……. /…… /……

Documents fournis pour la consultation : ☐ Courrier médical ☐ IRM ☐ Échographie ☐ Autre : ……

CONTRACEPTION ET ANTÉCÉDENTS :

Méthode de contraception actuelle : (traitement hormonal)

……

Si pilule : en continu ? avec/sans règles ? ……..

Date de début de la prise de la pilule : ……. /…… /……

CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE
Patiente avec Endométriose

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

Obstétricaux : avez-vous déjà été enceinte ? Quelle a été l'issue de la grossesse (grossesse arrêtée / grossesse extra utérine /césarienne /accouchement par les voies naturelles)

……

……

……

DÉSIR DE GROSSESSE :

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas pour le moment

Si oui, depuis quand : ……

Si oui, avez-vous déjà réalisé :

Un bilan hormonal ? Oui ☐ Non ☐ date : ……

Une échographie pelvienne ? Oui ☐ Non ☐ date : ……

VOTRE DOULEUR :

La douleur est présente ?

Les 2 ☐ ☐ En dehors des règles ☐ Pendant les règles uniquement

Douleurs pendant les rapports sexuels : Oui ☐ Non ☐

Douleur urinaire : Oui ☐ Non ☐

Laquelle : ……

Douleur digestive : Oui ☐ Non ☐

Laquelle : ……

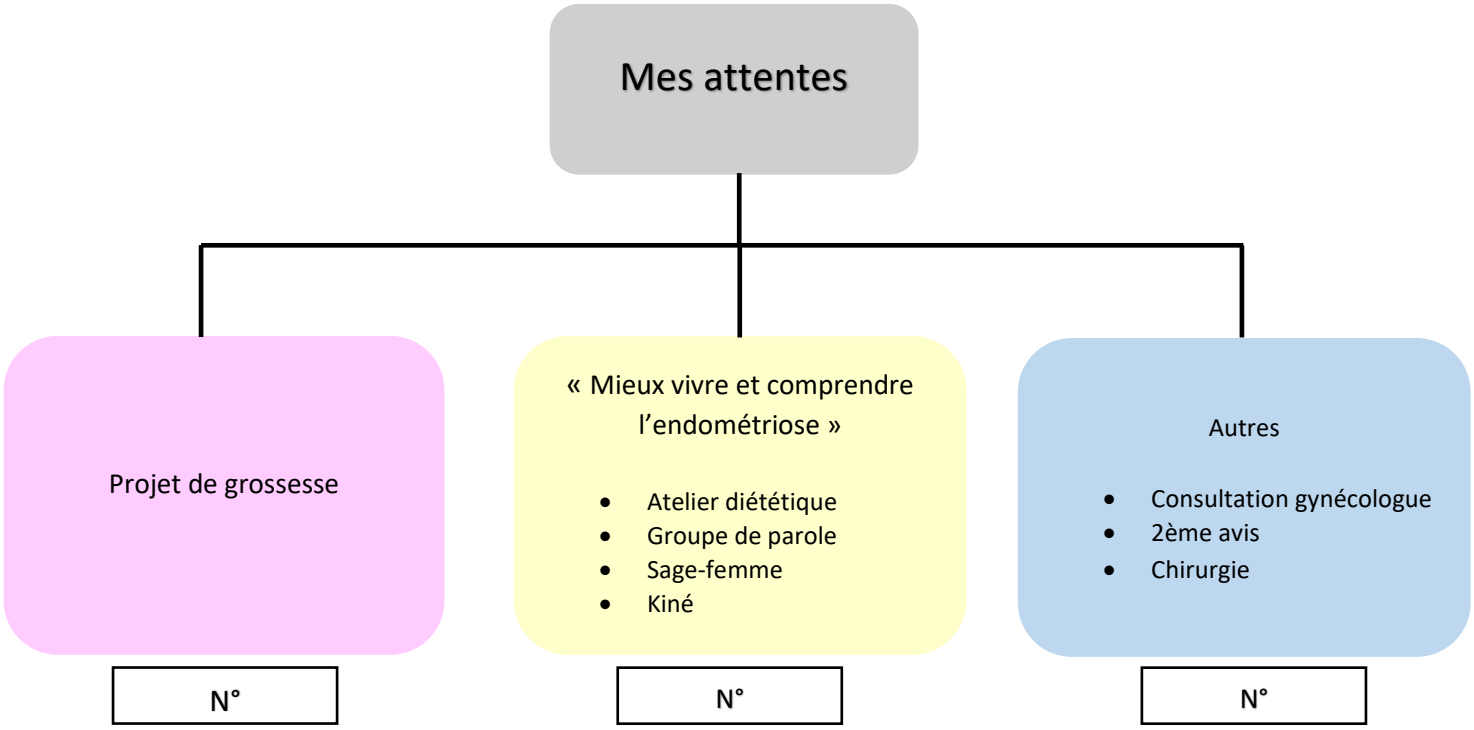
Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur digestive	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas de douleur — Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer
Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur urinaire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas de douleur — Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer
Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur pendant les règles	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas de douleur — Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer
Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur en dehors des règles	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas de douleur — Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer
Indiquez par une croix, un trait ou un cercle le niveau qui décrit le mieux la douleur pendant les rapports sexuels	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pas de douleur — Douleur la plus intense que vous puissiez imaginer

CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE
Patiente avec Endométriose

Secrétariat : 05 81 14 03 68 - xds-endometriose@ramsaysante.fr

ATTENTES DE LA PATIENTE :

Merci de hiérarchiser vos attentes : sachant que 1 est votre attente principale et 3 secondaires



Merci de joindre impérativement, à votre demande de prise en charge, vos comptes-rendus d'échos/IRM ou autres examens, avec les clichés, vos résultats de bilans sanguins et vos comptes-rendus opératoires.

Questions libres /Remarques/Attentes :

……
……
……
……
……
……
……
……
……