

Questionnaire santé

Avant une première consultation au cabinet

Cabinet de sages-femmes · Alexia Bloudeau et Clara Cantonnet · 110 avenue Camille Pujol, Toulouse

Ce questionnaire nous aide à préparer votre première consultation et à gagner du temps pour parler de ce qui compte pour vous.
Aucune question n'est obligatoire : remplissez ce que vous souhaitez, le reste pourra se dire en consultation. Vos réponses sont confidentielles et couvertes par le secret professionnel.
Vous pouvez le remplir sur ordinateur ou l'imprimer, puis le déposer dans les documents de votre rendez-vous sur Doctolib, ou l'apporter le jour de la consultation.

1. Vos coordonnées

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse postale	
Téléphone	
Adresse e-mail	
Médecin traitant	
N° de sécurité sociale	
Profession	
Situation familiale	

2. Vos antécédents médicaux

Taille (cm) **Poids (kg)** **Groupe sanguin (si connu)**

Pour chaque ligne : laissez vide si vous n'êtes pas concernée. Sinon, précisez depuis quand, le traitement s'il y en a un, et qui vous suit.

Cardiaques	
Pulmonaires (asthme…)	
Endocriniens (diabète, thyroïde…)	
Psychologiques (dépression, anxiété…)	
Troubles du comportement alimentaire	
Migraines (avec ou sans aura)	

Phlébite, embolie, problème de coagulation	
Méningiome	
Autres maladies	
Traitements en cours (médicaments, compléments)	

3. Vos allergies

Médicaments	
Antibiotiques	
Autres (latex, aliments…)	

4. Vos opérations

Quelle opération ?	Année	Anesthésie locale ou générale	Complications ?

5. Antécédents dans votre famille

Parents, frères et sœurs, enfants. Pour la famille plus éloignée (grands-parents, oncles, tantes, cousins, côté maternel comme paternel) : seulement si la maladie est survenue avant 50 ans. Pour chaque maladie, précisez laquelle, qui, et à quel âge.

Cancers gynécologiques ou digestifs (sein, ovaire…)	
Endocriniens (diabète, thyroïde)	
Cardiaques	
Veineux, circulatoires (phlébite, embolie)	
Génétiques, syndromes	
Méningiome	

6. Votre suivi gynécologique

Date des dernières règles	
Cycles réguliers ?	☐ Oui ☐ Non Durée du cycle (jours) :

Durée des règles (jours)

Abondance des règles ☐ Légères ☐ Moyennes ☐ Abondantes ☐ Très abondantes

Présence de caillots ? ☐ Oui ☐ Non

Douleur pendant les règles
Cochez le chiffre qui correspond

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

0 : pas de douleur — 10 : douleur maximale imaginable

Prise d'antalgiques ? ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Contraception actuelle

Contraceptions déjà essayées (tolérance, effets indésirables)

Dernier frottis (mois, année, résultat)

Vaccin contre le HPV ☐ Fait ☐ Non fait ☐ Je ne sais pas Doses :

7. Vos habitudes de vie

Activité physique, sport

Tabac ☐ Oui ☐ Non Cigarettes par jour :

Cigarette électronique ☐ Oui ☐ Non Dosage en nicotine :

Alcool

Cannabis

Autres consommations

Suivi médical, psychologique ou social en cours

8. Vos grossesses et accouchements

Si vous n'avez jamais été enceinte, passez à la partie 10. Une colonne par accouchement.

	Accouchement 1	Accouchement 2	Accouchement 3
Date et terme			
Lieu			
Grossesse	☐ Normale ☐ Pathologie	☐ Normale ☐ Pathologie	☐ Normale ☐ Pathologie
Si pathologie, laquelle			
Début du travail	☐ Spontané ☐ Poche des eaux rompue ☐ Déclenché	☐ Spontané ☐ Poche des eaux rompue ☐ Déclenché	☐ Spontané ☐ Poche des eaux rompue ☐ Déclenché
Accouchement	☐ Voie basse ☐ Ventouse ou spatules ☐ Césarienne programmée ☐ Césarienne en urgence	☐ Voie basse ☐ Ventouse ou spatules ☐ Césarienne programmée ☐ Césarienne en urgence	☐ Voie basse ☐ Ventouse ou spatules ☐ Césarienne programmée ☐ Césarienne en urgence
Anesthésie	☐ Aucune ☐ Péridurale ☐ Générale	☐ Aucune ☐ Péridurale ☐ Générale	☐ Aucune ☐ Péridurale ☐ Générale
Périnée	☐ Intact ☐ Déchirure ☐ Épisiotomie	☐ Intact ☐ Déchirure ☐ Épisiotomie	☐ Intact ☐ Déchirure ☐ Épisiotomie
Après l'accouchement	☐ Rien à signaler ☐ Hémorragie ☐ Dépression	☐ Rien à signaler ☐ Hémorragie ☐ Dépression	☐ Rien à signaler ☐ Hémorragie ☐ Dépression
Vécu de l'accouchement			
Bébé : prénom, poids			
Bébé : allaitement ou biberon	☐ Allaitement ☐ Biberon	☐ Allaitement ☐ Biberon	☐ Allaitement ☐ Biberon
Bébé : santé, néonatologie ?			

9. Grossesses interrompues

Fausse couche, IVG (médicamenteuse ou chirurgicale), grossesse extra-utérine (GEU), interruption médicale de grossesse (IMG) ou mort fœtale in utero (MFIU).

Année	Lieu	Type	Contexte, remarques

10. Violences vécues

Question confidentielle et facultative. Vous pouvez y répondre ici, en parler en consultation, ou ne pas en parler du tout.
Avez-vous vécu, dans votre enfance, votre adolescence ou à l'âge adulte, une ou des situations de violence ? Qu'elles soient sexuelles, conjugales, professionnelles ou autres, et de nature physique, psychologique ou verbale.

Si vous êtes en danger ou avez besoin d'aide : 3919 (Violences Femmes Info, gratuit et anonyme, 24 h/24). En cas d'urgence : 17 ou 112.

11. Ce que vous aimeriez aborder

Vos questions, vos attentes pour cette consultation

Merci ! Ce questionnaire sera relu avec vous en consultation. Vous pourrez toujours compléter, corriger ou retirer une information.