

Madame, afin de faciliter la création de votre dossier médical lors de votre visite au centre
merci de bien vouloir imprimer et remplir le questionnaire suivant.

N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin en cas de doute.

- Nom:

- Prénom:

- Date de naissance:

- Adresse:

- Numéro de téléphone:

- Adresse mail:

- Profession:

-Médecin traitant:

- Taille:

- Allergie(s):

- fumez vous ? Si oui, nombre de cigarettes fumées par jour:

- Traitement en cours:

- Avez vous des antécédents médicaux:

- Avez vous déjà été opérée ? Si oui quelles interventions ?:

- Avez vous déjà été enceinte ?:

- Nombre d'enfant, année de naissance, poids de(s) naissance ?:

- Avez vous nécessité d'une aide à l'accouchement (césarienne, spatules, forceps, ventouse) ?:

- Avez vous subit une ou plusieurs fausse couche ou une interruption volontaire de grossesse ?

- avez vous des antécédents médicaux familiaux particuliers (phlébites, embolie pulmonaire, problèmes cardiaques, infarctus, AVC, cancer, cancer du sein, maladie génétique, hypertension, diabète, cholestérol, triglycérides...):information patiente pour les échographies (à voir 2 docs possible):