



Madame,

Vous souhaitez être prise en charge par notre équipe du centre de l'endométriose.
Afin de vous proposer le parcours le plus adapté à votre situation médicale dès le premier rendez-vous, merci de remplir ce questionnaire.

Les éléments ainsi communiqués seront transmis à nos médecins et chirurgiens qui vous proposeront un parcours personnalisé.

*Veillez remplir impérativement les cases avec une **

Nous vous remercions de votre confiance.

État civil

Votre nom marital* :

Votre nom de jeune fille* :

Votre prénom* :

Votre date de naissance* :

Coordonnées

Votre adresse* :

Code Postal :*

Ville :*

Pays*

Votre téléphone :*

Votre Email* :

Antécédents médicaux/obstétricaux

L'endométriose a t'elle déjà été diagnostiquée ?* oui non

Si oui, précisez la date du diagnostic ?*

Comment l'endométriose a t'elle été diagnostiquée ?* Coelioscopie Examen clinique Imagerie

Si vous avez des antécédents opératoires, veuillez indiquer une date et le titre de

l'intervention.

Merci de joindre vos comptes rendus.

Si vous avez des antécédents obstétricaux, veuillez indiquer si vous avez déjà été enceinte ?

Informations

Prénom du gynécologue

Nom du gynécologue

Téléphone du gynécologue

Symptômes actuels. Douleur au moment des règles (dysménorrhées) Douleur à la défécation (dyschésie) Douleur pendant les rapports sexuels (dyspareunie) Douleur ou difficulté à la miction (dysurie) Douleurs pelviennes chroniques Troubles fonctionnels intestinaux (ballonnements abdominaux, alternance diarrhée/constipation) Infertilité

Avez-vous un désir de grossesse ?* oui non

Si oui, depuis combien de temps ?

Dans quel délai ?

Avez-vous déjà été en prise en charge en PMA ?* oui non

Si oui, quelle est la technique utilisée (Insémination ou FIV) ?

Combien de tentatives de FIV avez-vous eu ? sur combien de temps ?

Résultats de la prise en charge en PMA (grossesse) ?

Avez-vous des résultats d'imagerie récents (IRM pelvienne, échographie pelvienne, coloscanner...) oui non

Si oui, quel type d'imagerie avez-vous fait et à quelle date ?

Pouvez-vous nous indiquer la conclusion de l'examen ?

Merci de joindre vos comptes rendus d'imagerie :*

Prenez-vous un traitement hormonal en continu ?* oui non

Si oui, lequel ?

Depuis combien de temps ?

Si, non quel en est la raison ?

Avez-vous bénéficié d'une prise en charge spécifique de la douleur ? oui non

Combien de traitements antalgiques prenez-vous quotidiennement ?

Avez-vous déjà eu recours à des pratiques de soins non conventionnelles ? oui non

(ostéopathie, naturopathie, mésothérapie, médecine chinoise, hypnose, auriculothérapie...)

Rencontrez-vous des difficultés en lien avec votre vie professionnelle ? oui non

Rencontrez-vous des difficultés en lien avec votre vie personnelle ? oui non

Quelle est votre priorité thérapeutique ? Grossesse à court terme Lutte contre la douleur
Avoir un second avis chirurgical

si besoin d'un second avis chirurgical indiquez le premier avis

Consentement * En cochant cette case et en soumettant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient utilisées dans le cadre de ma future prise en charge médicale dans le strict respect des dispositions prévues par la loi et notamment celles relatives au secret professionnel définies à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Pour connaître et exercer vos droits (notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation de données collectées par ce formulaire), veuillez consulter notre page sur la [Protection des données](#)

à traiter ▼

... ▼

... ▼

Envoyer

x