

Questionnaire patiente avant une 1ère consultation pour endométriose			
Groupe collaboratif endométriose Rennes - 2019			
date prévue de la consultation			
Pour douleur?	OUI/NON	Pour douleur et souhait de grossesse ?	OUI/NON
<i>NOM</i>			
<i>Prénom</i>			
Date de naissance			
Age			
Taille			
Poids			
<u>Antécédents médicaux</u>			
Traitement en cours			
<u>Antécédents chirurgicaux</u>			
<u>Antécédents gynécologiques</u>			
date premières règles			
Date dernier frottis cervico-vaginal			
Contraception			
<u>Antécédents obstétricaux</u>			
<u>Antécédents familiaux</u>			
caner du sein, ovaires?			
endométriose?			
Phlébites, embolie pulmonaire?			
autre			
<u>INTERROGATOIRE</u>			
Facteurs de risques			
Anomalie congénitale obstructive	oui	non	
Distilbène	oui	non	
votre mère a-t-elle pris ce médicament pendant sa grossesse?			
1ère règles < 12 ans	oui	non	
cycles < 27 jours	oui	non	
règles abondantes	oui	non	




Calculez votre score menstruel !

Téléchargez et imprimez dans un premier temps le calendrier des saignements pour vous aider au quotidien à suivre votre flux. [cliquez-ici](#)

Évaluez l'abondance de vos règles en calculant votre Score de Higham :

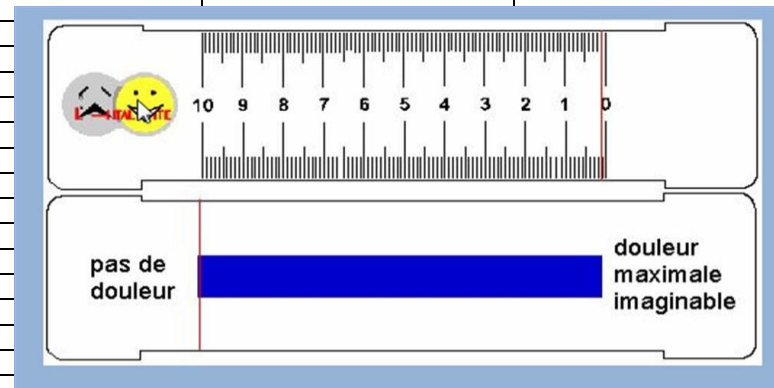
Reportez dans le tableau ci-dessous le nombre de serviettes ou tampons utilisés chaque jour, dans la ligne correspondant à votre flux.

Si votre score final est supérieur à 100, vous souffrez peut-être de règles abondantes. Parlez-en à votre gynécologue.

		Jour de règles								
Quantité de flux	Nombre de points par change	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	Total points
Pertes peu abondantes 	1									
Pertes normales 	5									
Pertes très abondantes 	20									
TOTAL										

Votre score total est \leq à 100. Vos pertes ne semblent pas abondantes (saignements inférieurs à 80 mL).
Si toutefois vous avez des doutes ou d'autres symptômes, n'hésitez pas à en parler à votre gynécologue.

Contraception orale - Durée (mois)			
Stérilet	cuivre		Mirena
Endométriose 1er degré (RR 3,7)			
Mère ou sœur(s)	oui		non
jumeaux homozygotes			
vrai jumeau	oui		non
Douleur			
Dysménorrhée (règles douloureuses)	légère (RR1,7) I (depuis les 1ère règles)	moyenne (RR 3,4) II (survenue après les 1ère règles)	sévère (RR 6,4)



Dyspareunie	non	moyenne	sévère
rappports sexuels douloureux positionnelle	oui	sexualité peu altérée	sexualité très altérée
Lombalgie			
douleur en bas du dos			
autre(s) irradiation(s)			
dyskésie			
douleurs en allant à la selle	non	moyenne	sévère

	menstruelle	oui	non	
	constipation	non	moyenne	sévère
	rectorragies (sang dans les selles)			
	menstruelle	oui	non	
	Douleurs abdominales, ballonnements..	non	moyenne	sévère
	Douleurs mictionnelles (urinaires)	non	moyenne	sévère
Infertilité	souhait de grossesse	I	II	
		Jamais de grossesse	déjà eu des grossesses	
	depuis quand?			
	Bilan effectué?	oui	non	
	si oui apporter l'ensemble des résultats			
	Prise en charge en PMA?	oui	non	
	type?			
	centre?			
Contexte psychologique	dépression ou autre conflit personnel	oui	non	
	suiwi ?			
	Traitement?			