

Préparation de votre consultation spécialisée ménopause

Madame,

Vous souhaitez prendre un rendez-vous pour une consultation de gynécologie centrée sur la ménopause au CHU de Nantes.

Afin de préparer cette consultation et vous consacrer pleinement à votre prise en charge, nous vous demandons de :

- 1) Formuler votre demande de RDV **sur le site du CHU** de Nantes accompagnée
 - Du **questionnaire pré consultation** joint complété par vous-même
 - D'un **courrier de votre médecin/gynécologue/sage-femme** précisant les motivations de la consultation

Un rendez-vous sera programmé **une fois les 2 documents déposés** sur le site du CHU

- 2) **Rassembler et apporter** les documents suivants **lors de votre RDV** :
 - Ordonnances en cours (en cas de traitements quotidiens, compléments).
 - Dernier frottis cervico-utérin ou test HPV (Papilloma Virus) (compte-rendu).
 - Dernière mammographie si déjà réalisée (compte-rendu uniquement).
 - Dernier bilan biologique si déjà réalisé (glycémie, cholestérol, thyroïde, etc.).
 - Dernière ostéodensitométrie (DMO) si réalisée.

Bien cordialement,

L'équipe de gynécologie médicale

Questionnaire pré-consultation

(À compléter par la patiente avant la consultation)

Pour échanges si nécessaire :

- Médecin traitant : Dr _____
- Gynécologue/Sage-femme/Médecin assurant le suivi gynécologique : _____

Informations personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ (Âge : ____ ans)

Taille : ____ cm Poids actuel : ____ kg Poids avant 40 ans : ____ kg

Profession : _____

Activité sportive hebdomadaire :

- Non Oui (type, fréquence) :

Tabagisme :

Non-fumeuse

Fumeuse (Nombre de cigarettes/jour : ____ ; âge au début de la consommation : ____)

Ex-fumeuse (Arrêt depuis ____ ; âge au début de la consommation : ____, Nb de cig/jour : ____)

Consommation d'alcool : Non Oui (Fréquence : ___/semaine)

Consommation de drogues : Non Oui (Fréquence : ___/semaine ; produit : _____)

Antécédents personnels

Antécédents médicaux (ex : migraine, phlébite, hypertension artérielle, etc.) :

Antécédents chirurgicaux (ex : appendicectomie, dents de sagesse, etc.) :

Antécédents familiaux au 1^{er} degré (problèmes de santé concernant vos parents, frères/sœurs et enfants principalement) :

Cancer (si oui, chez qui ? à quel âge ? quel organe ?)

Phlébite (thrombose veineuse profonde) et/ou embolie pulmonaire (si oui, chez qui ? à quel âge ?)

Autre (ostéoporose, etc.) :

Traitements actuels (hors traitements hormonaux) (apporter votre dernière ordonnance)

Médicaments : _____

Compléments (phytoestrogènes, vitamine D, calcium, etc.) : _____

Allergies

Médicamenteuses ? Si oui, le(s)quel(s) : _____

Autres :

Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Âge des premières règles : ____ ans

Régularité des cycles avant la ménopause : Réguliers Irréguliers Durée : _____

Dernière contraception (type et année d'arrêt) : _____

Date des dernières règles (approximativement) : _____

Grossesses (inclus fausses couches, interruption volontaire de grossesse, etc.) :

Aucune Nombre : _____ (dont accouchements : _____)

Si grossesse, pour chaque accouchement :

Pré éclampsie Hypertension artérielle pendant la grossesse Diabète gestationnel

Prématurité (accouchement < 8 mois)

Année d'accouchement	Nombre d'enfant(s) né(s)	Accouchement voie basse ou césarienne	Terme à l'accouchement	Poids de naissance	Complications pendant la grossesse	Complications pendant l'accouchement	Allaitement (durée)

Antécédents gynécologiques :

Traitement par pilule macroprogestative (Lutéran, Lutényl, Androcur, Colprone, Diane35)

Endométriose Kystes ovariens Fibromes Infections génitales à répétition

Insuffisance ovarienne prématurée Autres : _____

Traitement hormonal de la ménopause : avez-vous déjà eu un traitement ?

Oui, lesquels : _____

Non

Evaluation des facteurs de risque cardiovasculaires :

Avez-vous un suivi cardiologique ?

Non Oui : Dr _____

Facteurs de risque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Précisions
Hypertension artérielle			
Diabète			Type 1 <input type="checkbox"/> / Type 2 <input type="checkbox"/>
Cholestérol élevé			
IMC > 25 kg/m ²			
Antécédent <u>personnel</u> d'infarctus/AVC			Age de survenue :
Antécédent <u>familial</u> d'infarctus/AVC < 60 ans			Lien familial :
Tabagisme actuel ou sevré			Age début : Durée (an) :
Consommation de cannabis actuelle ou sevrée			Age début : Durée (an) :
Sédentarité (< 30 min d'activité physique/jour)			
Stress personnel/familial/professionnel			
Antécédent de pré éclampsie/hypertension artérielle pendant la grossesse			
Antécédent de diabète gestationnel pendant la grossesse			
Antécédent de prématurité (accouchement avant 8 mois)			Terme :
Antécédent de SOPK (Syndrome des Ovaires PolyKystiques)			
Antécédent de fausses couches			Nombre :
Migraines chroniques (≥ 5 crises/an)			

Evaluation des facteurs de risque d'ostéoporose :

Avez-vous un suivi rhumatologique ?

Non Oui : Dr _____

Facteur de risque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Précisions
Antécédent <u>personnel</u> de fracture			Localisation : Contexte :
Antécédent <u>familial</u> de fracture de hanche/col du fémur			Lien de parenté et âge :
IMC < 19 kg/m ²			
Traitement par corticoïdes depuis plus de 3 mois			
Ménopause précoce (< 40 ans)			
Tabagisme actuel ou sevré			Age début : Durée (an) :
Pathologie de la thyroïde			

Votre qualité de vie : symptômes et fréquence

Pour mieux comprendre ce qui vous pose problème au quotidien, merci de décrire ci-dessous :

- Les 2 ou 3 **symptômes qui altèrent le plus votre qualité de vie** (ex : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, etc.)
- À quelle **fréquence** ces symptômes surviennent-ils ? (ex : quotidiennement, uniquement la nuit , 2-3 fois/semaine, etc.)
- Sur une échelle de 0 à 10 (0 = pas gênant du tout, 10 = insupportable), quel est leur **impact sur votre vie quotidienne** ?
- Avez-vous remarqué des **facteurs qui aggravent ou soulagent** ces symptômes ? (ex : stress, alimentation, heure de la journée, activité physique, etc.)

Symptômes	Fréquence	Impact (0-10)	Facteurs +/-