

Gynécologues chirurgiens

Dr. Medhi JEAN-LAURENT

(RPPS 10100029072)

Dr Sarah LISE BURNET

(RPPS 10100189157)

Dr Chloé CHATTOT

(RPPS 10101124799)

Dr Colline VRECOURT

(RPPS 16337A000483)

Dr Gaëlle WAN AJOUHU

(RPPS 1000 1661080)

Dr Pauline CAPELLE

(RPPS 10101145992)

Gynécologie Médicale

Dr Anaik MIEL

(RPPS 10100977593)

Dr Alice MONTHIEUX

(RPPS 10100878957)

Centre de la douleur pour

Endométriose

Dr Brigitte TYBURN

☎ : 0596.55.24.39

Fax : 0596.75.88.82

Mail : secretariat.douleur-soins-palliatifs@chu-martinique.fr

Centre d'échographie:

Dr GUENERET

☎ : 0596.55.69.93

Dr ZOUTEN Khalil :

☎ : 0596.678414

Centre de Radiologie : (IRM)

Agnes PRIMETENS

☎ : 0596.58.68.92

Secrétariat de radiologie MFME :

☎ : 0596.70.93.26 ou 0596.70.93.53

Secrétariat de radiologie Clinique St Paul :

Dr Aurélie MERLIN

☎ : 0596.70.19.19

Sage-femme Cadre

Mme Gaëlle BERHAULT -DELINDE)

(RPPS 10000133123)

Secrétariat de chirurgie gynécologie et mammaire

Mme BAZABAS / Mme BIVARD

☎ : 0596 55 69 65

Fax : 0596 75.84.67 ou 0596.55 35 09

SMS : 0696.61.96.96

Mail : Secconsult.gynecochir@chu-martinique.fr

Programmatrice :

Mme MOUNY Christelle

☎ : 0596.70.9339

Secrétariat hospitalisation

Gynécologie : MANSFIELD / TIMON

☎ : 0596 70 93 33



MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT

CONSULTATION POUR ENDOMETRIOSE

Madame,

Vous avez sollicité le service de gynécologie du CHU de la Martinique pour une consultation spécialisée pour endométriose.

Afin de vous prendre en charge dans les meilleures conditions, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir :

- Transmettre le nom de votre gynécologue référent et de votre médecin traitant.
- Apporter en consultation un courrier du médecin qui vous adresse.
- Réaliser au préalable de la consultation le bilan suivant :
 - IRM pelvienne (avec balisage vaginal et rectal). Cet examen doit être réalisé par l'un de nos radiologues référents, formé spécifiquement à la pathologie de l'endométriose.
 - Service de radiologie de la MFME
 - Dr Aurélie Merlin ou Dr Agnès Primetens
 - Echographie pelvienne par notre échographiste référente : Dr Michele Gueneret ou Dr Khalil Zouten
 - Bilan d'infertilité du couple (en cas d'infertilité associée à un désir de grossesse seulement)

Vous trouverez les ordonnances en annexe, merci de les faire signer par votre gynécologue référent ou par votre médecin traitant.

- Répondre au questionnaire suivant.

Aucun rendez-vous ne vous sera donné en l'absence d'un de ces éléments, qui sont un préalable indispensable à votre prise en charge.

MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT

AUTO-QUESTIONNAIRE

Madame,

Nous vous remercions d'accepter de répondre à notre auto-questionnaire.

Ce questionnaire porte sur la douleur et/ou autres symptômes liés à votre maladie, ainsi que le retentissement sur votre qualité de vie.

Il est très important de remplir le questionnaire même si vous vous sentez très gênée ou très angoissée par vos symptômes car c'est justement dans ce cas qu'il nous sera le plus utile.

Lisez attentivement chaque question et choisissez la réponse qui vous semble la plus juste. Il vous sera parfois demandé de ne choisir qu'une seule réponse à certaines questions.

Lisez toutes les questions même si vous ne ressentez aucune douleur.

Cette démarche n'est pas obligatoire et repose entièrement sur le volontariat. Les renseignements que vous nous fournissez sont confidentiels et pourront faire l'objet d'un traitement statistique anonyme.

Avec nos remerciements pour votre collaboration

Endométriose : Douleur et qualité de vie
Autoquestionnaire

Quel est le principal problème pour lequel vous avez consulté ?

- | | | |
|-----------------|--------------------------|---|
| La douleur | <input type="checkbox"/> | 1 |
| L'infertilité | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Les saignements | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Autre | <input type="checkbox"/> | 4 |

PARTIE I

Votre douleur principale

I.1. Décrivez votre douleur principale:

.....

.....

.....

.....

I.2. En vous basant sur les trois derniers mois, reportez par une croix (×) sur l'échelle ci-après l'intensité habituelle de votre douleur ?

Pas de douleur		Douleur maximale imaginable
----------------	--	-----------------------------

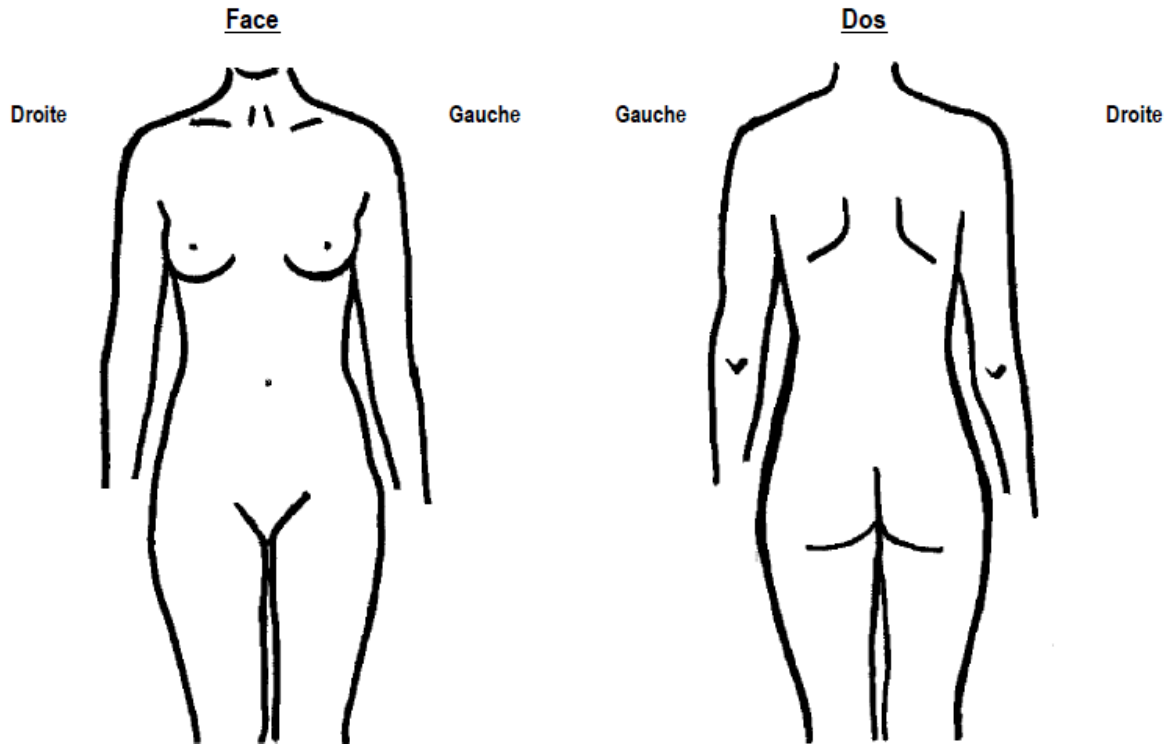
I.3. Concernant la douleur dont vous souffrez actuellement, (ou dont vous avez souffert au cours des trois derniers mois) :

Hachurez sur les schémas, la totalité des zones où vous avez ressenti la douleur, Mettez une croix pour désigner l'endroit où la douleur est ressentie avec le maximum d'intensité (si la douleur est ressentie partout avec la même intensité, ne mettez pas de croix)

MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT



I.4. Depuis quand souffrez-vous de votre douleur ?

I.5. Votre douleur a-t-elle évoluée au cours du temps et comment?

I.6. Vos douleurs sont-elles apparues à la suite d'un ou plusieurs événements particuliers de votre vie ?

I.7. Vos douleurs sont-elles aggravées dans certaines situations et si oui lesquelles ? (Exemple : la marche, le stress ...)

I.8. À quel moment votre cycle menstruel, vos douleurs sont-elles maximales ?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Les jours précédant immédiatement les règles | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Au moment des règles | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Juste après les règles | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Au milieu du cycle (12 ^{ème} , 17 ^{ème} jour) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Aucun en particulier | <input type="checkbox"/> | 5 |

I.9. En prenant l'exemple du mois passé, pendant combien de jours avez-vous souffert de votre douleur :

|_|_| jours

I.10. Lorsque vous souffrez de vos douleurs, quels médicaments utilisez-vous pour soulager la douleur et pendant combien de temps ? (Citez le nom des médicaments et la quantité maximum utilisée en une journée et la durée du traitement)

Nom du médicament	Quantité par jour	Nombre de jours sur un mois
Exemple : DOLIPRANE	6	4

I.11. Du fait de votre douleur, avez-vous ressenti le besoin de voir un psychologue ?

I.12. Du fait de votre douleur, avez –vous des difficultés à vous projeter dans l’avenir, à faire des projets ?

I.13. Votre douleur est-elle responsable d'une fatigue physique et si oui est-elle majorée pendant les règles ?

Remarques :



TROUBLES URINAIRES – DIGESTIFS

AUTRES DOULEURS

MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT
Au cours des derniers mois avez-vous eu des :

V1.1 Douleurs en allant à la selle	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V1.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V2.1 Diarrhées	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V2.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V3.1 Constipations	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V3.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V4.1 Alternances Diarrhée/Constipation	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V4.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V5.1 Vomissements	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V5.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V6.1 Gonflements du ventre	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V6.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V7.1 Douleurs intestinales (crampes, coliques)	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V7.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V8.1 Douleurs à l'anus	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V8.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V9.1 Impressions d'avoir quelque chose dans l'anus ou dans le rectum	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V9.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V10.1 Envies douloureuses d'aller à la selle	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V10.2 <u>SI OUI</u> est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non



MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT

MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT

V11.1 Envies urgentes d'aller à la selle	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V11.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V12.1 Envies fréquentes d'aller à la selle	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V12.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V13.1 Pertes de sang par l'anus	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V13.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V14.1 Envies douloureuses d'aller uriner	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V14.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V15.1 Douleurs lorsque vous urinez	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V15.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V16.1 Envies très pressantes d'aller uriner	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V16.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V17.1 Nécessités d'uriner de très nombreuses fois par jour	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V17.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V18.1 Brûlures lorsque vous urinez	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V18.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V19.1 Présences de sang dans les urines	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V19.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰
V20.1 Douleurs du flanc (sur le côté entre les côtes et la hanche) ou partie moyenne du dos (douleur lombaire)	Pas du tout <input type="checkbox"/> ¹	Un Peu <input type="checkbox"/> ²	Modérément <input type="checkbox"/> ³	Beaucoup <input type="checkbox"/> ⁴
V20.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui <input type="checkbox"/> ¹	Non <input type="checkbox"/> ⁰

MAISON DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Consultation en Gynécologie et Obstétrique

POLE FEMME MERE ENFANT

V21.1 Douleurs du bas du dos	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V21.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V22.1 Douleurs au coccyx ou vers l'arrière	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V22.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V23.1 Douleurs sciatiques (partant de la fesse jusqu'à la jambe)	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V23.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⁰
V24.1 Douleurs dans la fesse	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V24.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V25.1 Douleurs dans la cuisse	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V25.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
V26.1 Douleurs dans les mollets	Pas du tout	Un Peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
V26.2 SI OUI est-ce plus important pendant vos règles			Oui	Non
			<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

Remarques :
