

Centre d'expertise en endométriose Caraïbes (C3E Caraïbes)

Questionnaire médical

Patiente :

DDN :

Portable :

mail :

Nom :

Prénom :

- Médecin référent : - mail :

- ATCD :
 - Médicaux :
 - Chirurgicaux :
 - ATCD pour endométriose :
 - Laparotomie (CRO)
 - cœlioscopie (CRO)
 -
 - Gestité : Parité :

- Histoire de la maladie

- Désir de grossesse : oui non
- Traitements (date, efficacité)

- Signes fonctionnels
 - Digestifs :
 - Urinaires :
 - Autres :

- Examen clinique gynécologique : oui non
 - Spéculum :
 - TV :

- Examens paracliniques
 - Echographie pelvienne :
 - IRM :
 - AMH :
 - Spermogramme si désire de grossesse
 - Autre :

- Question posée :