

JE PRÉPARE MA CONSULTATION

Fiche
Pratique

Afin d'optimiser votre consultation avec le médecin, prenez un peu de temps pour vous préparer en suivant ce guide de vos antécédents médicaux, cela permettra à votre médecin d'avoir plus de temps pour vous.

Merci de renseigner
ci-dessous vos
antécédents
personnels médicaux,
chirurgicaux et
familiaux.

Âge : _____ ans

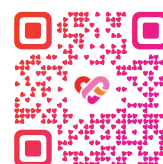
Prenez-vous des traitements
tous les jours ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ? _____

MES ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICAUX

- Âge des 1^{ères} règles _____
- Nombre de grossesse(s), y compris les fausses couches et les interruptions volontaires de grossesse _____
- Nombre d'enfants _____
- Grossesse en cours _____
- Avez-vous un moyen de contraception ? _____ ☐ OUI ☐ NON
Si oui, lequel ? **Nom du moyen de contraception** _____
- Lors de mes grossesses, y a-t-il eu un antécédent d'hypertension artérielle ? de pré-éclampsie ? de diabète ? de retard de croissance ? de mort foetale ou de prématurité (<37 semaines d'aménorrhée) _____ ☐ OUI ☐ NON
- Ai-je un antécédent d'endométriose et/ou de syndrome des ovaires polykystiques ? _____ ☐ OUI ☐ NON



- Suis-je ménopausée ?
 - > ☐ OUI ☐ NON Âge de ma ménopause
 - > Traitement hormonal de la ménopause en cours ☐ OUI ☐ NON
- Ai-je des symptômes climatiques de la ménopause ☐ OUI ☐ NON
(bouffées de chaleur, irritabilité, troubles du sommeil, fatigue, douleurs articulaires, troubles de la concentration, sécheresse vaginale, cystites...)
- Ai-je déjà fait une ostéodensitométrie osseuse pour ma ménopause ? ☐ OUI ☐ NON
 - > Si oui ☐ > 5 ans ☐ < 5 ans
- Ai-je un antécédent de chirurgie gynécologique type chirurgie du sein, ovaire, utérus ? ☐ OUI ☐ NON
- Ai-je un antécédent de cancer gynécologique ? Sein, utérus, ovaire, endomètre ☐ OUI ☐ NON
 - > Chirurgie ☐ OUI ☐ NON
 - > Chimiothérapie ☐ OUI ☐ NON
 - > Radiothérapie ☐ OUI ☐ NON
 - > Anti-aromatases ☐ OUI ☐ NON
- Ai-je des antécédents familiaux au premier degré de cancer gynécologique (mère, enfants, sœurs) à signaler ? ☐ OUI ☐ NON

MES ANTÉCÉDENTS CARDIO-VASCULAIRES PERSONNELS

- J'ai de l'hypertension artérielle ☐ OUI ☐ NON
- Je prends un traitement pour mon hypertension artérielle, si oui lequel ?
 - > ☐ OUI ☐ NON Nom du traitement
- J'ai du diabète ☐ OUI ☐ NON
- Je prends un traitement pour le diabète, si oui lequel ?
 - > ☐ OUI ☐ NON Nom du traitement
- Je vois un diabétologue régulièrement pour le suivi de mon diabète ☐ OUI ☐ NON
- Ma dernière Hémoglobine glyquée (HbA1C) de contrôle était de
- J'ai un antécédent de syndrome d'apnée du sommeil ☐ OUI ☐ NON
 - > Je suis appareillée ☐ OUI ☐ NON
- J'ai déjà présenté un syndrome dépressif ☐ OUI ☐ NON
 - > Je suis traitée par médicaments antidépresseurs et/ou anxiolytiques ☐ OUI ☐ NON
 - > Nom des traitements

- J'ai déjà été opérée du cœur et/des artères coronaires, des artères carotides ou de l'aorte abdominale ☐ OUI ☐ NON
- J'ai un antécédent de trouble du rythme du cœur ☐ OUI ☐ NON
- J'ai déjà fait un infarctus du myocarde et/ou un AVC et/ou un AIT ☐ OUI ☐ NON
- J'ai un problème d'insuffisance cardiaque et/ou de maladie des valves cardiaques ☐ OUI ☐ NON
- J'ai des plaques de cholestérol dans mes artères ☐ OUI ☐ NON
- J'ai un anévrisme de l'aorte et/ou fait une dissection de l'aorte ☐ OUI ☐ NON
- J'ai déjà fait une phlébite et/ou une embolie pulmonaire ☐ OUI ☐ NON
- J'ai des problèmes de thyroïde ☐ OUI ☐ NON
- J'ai un traitement pour la thyroïde ☐ OUI ☐ NON

MES ANTÉCÉDENTS CARDIO-VASCULAIRES FAMILIAUX

- Il existe des antécédents de maladies cardiovasculaires chez mes parents et/ou frères, sœurs ? Si oui, à quel âge cela est-il survenu ?
> ☐ OUI ☐ NON Âge de survenue
- Existe-t-il une obésité familiale ? ☐ OUI ☐ NON
- Existe-t-il un antécédent de diabète chez vos parents et/ou frères, sœurs, enfants ? ☐ OUI ☐ NON

MES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX

MES ALLERGIES

- Médicamenteuses, alimentaires, à l'iode ☐ OUI ☐ NON

> Si oui lesquelles ?

.....

.....

MON MODE DE VIE

- Je consomme du tabac ☐ OUI ☐ NON

- J'ai arrêté le tabac ☐ OUI ☐ NON Année de début de la consommation

- Nombre de cigarettes/jour

- Je consomme du cannabis, d'autres drogues, des boissons énergisantes
ou de l'alcool de manière régulière ☐ OUI ☐ NON

- Je consomme des médicaments pouvant rendre dépendant de manière régulière
> (Somnifères, benzodiazépines, traitements contre la douleur ...) ☐ OUI ☐ NON

- Je passe plus de 7h par jour assise ☐ OUI ☐ NON

- Quel est le temps que je consacre par semaine à la pratique
d'une activité physique ? heures/semaine

- J'ajoute du sel dans mes plats, et/ou je consomme des plats préparés ☐ OUI ☐ NON

MES SYMPTÔMES D'ALERTE CARDIO-VASCULAIRE

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ● Essoufflement | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Palpitations, régulières ou non | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Tachycardie, régulière ou non | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Lipothymie, Syncope | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Angoisse | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Douleur : thorax, dos, nuque, bras, mâchoire | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Troubles digestifs : nausées, gêne au niveau de l'estomac (brûlure, lourdeur ou crampe), évocateurs de maladie coronaire | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Douleurs abdominales rythmées par les repas (atteinte artérielle digestive) | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Claudication artérielle (douleur dans les jambes à la marche évocatrice d'artérite des membres inférieurs) | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Fatigabilité à l'effort | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Céphalées matinales (maux de tête) | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Acouphènes, phosphènes | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Etouffements ou mictions nocturnes fréquentes | ☐ OUI | ☐ NON |

MON SUIVI MÉDICAL

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ● A quelle fréquence je consulte un médecin généraliste pour moi-même au cours d'une année ? | | |
| ● Suivi gynécologique tous les ans | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Date de la dernière consultation gynécologique | | |
| ● Date de la dernière mammographie (si j'ai 50 ans ou plus) | | |
| ● Date du dernier frottis cervico-utérin | | |
| ● Je vois régulièrement un cardiologue ou un médecin vasculaire ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| ● Si je suis diabétique, ai-je un suivi ophtalmologique et rénal régulier ? | ☐ OUI | ☐ NON |

CONSEILS PRATIQUES POUR MON RENDEZ-VOUS

- Je prépare **mon classeur médical** (au format A4) avec des intercalaires couleurs, pour classer mes courriers de consultations, d'hospitalisation, mes examens complémentaires par organe (cœur & vaisseaux, rhumatologie, diabétologie, endocrinologie, pneumologie...).
- Je prépare dans mon classeur **une fiche avec les noms et coordonnées des médecins qui me suivent** (médecin traitant, cardiologue, angiologue, gynécologue ou sage-femme, endocrinologue, pneumologue etc.) et celui de ma personne de confiance.
- Je prépare une fiche dans mon classeur avec **tous mes traitements en cours et mes intolérances médicamenteuses et allergies connues** (exemple allergie à l'iode).
- Je mets dans mon classeur **toutes mes ordonnances de traitements en cours** et demande à mon médecin avant la consultation une ordonnance de **bilan biologique si ma prise de sang date de plus d'un an**.
- Je mets dans mon classeur **tous mes bilans biologiques récents (< 2 ans)**.
- Je mets dans mon classeur **mes électrocardiogrammes et les compte-rendus de mes examens cardio-vasculaires**.
- Je me **pèse et mesure mon périmètre abdominal**.
- Si j'ai un appareil d'automesure tensionnelle, je fais **un relevé de ma tension sur trois jours** (3 mesures le matin en position assise au calme et 3 mesures le soir en position assise au calme avant le coucher).
- Je mets dans mon classeur la **fiche pratique que je viens de remplir**.

