

Préparer votre consultation

Questionnaire pré-consultation — à compléter par vous-même

Dr Hugues Geoffrion · Gynécologue

Madame,

Vous avez demandé une téléconsultation consacrée à la ménopause. Pour que les 30 minutes de notre échange soient entièrement consacrées à vous — vos symptômes, vos attentes, la stratégie la plus adaptée — je prends connaissance de votre dossier avant le rendez-vous. Ce questionnaire en est la base : merci de le compléter avec soin, directement à l'écran ou à la main.

À transmettre au moins 48 heures avant la consultation

- Ce questionnaire complété.
- Vos ordonnances en cours (traitements quotidiens, compléments alimentaires).
- Le compte rendu de votre dernier frottis ou test HPV.
- Le compte rendu de votre dernière mammographie, si vous en avez déjà réalisé une.
- Votre dernier bilan biologique, si vous en disposez.
- Votre dernière ostéodensitométrie, si elle a été réalisée.
- Un courrier de votre médecin traitant ou de votre gynécologue, si vous en disposez (facultatif).

Comment nous les transmettre : par le partage de documents sécurisé de Doctolib, depuis votre espace patient. Merci de ne pas les envoyer par e-mail ni via le formulaire du site : ces canaux ne sont pas adaptés à des données de santé.

Saignements après la ménopause, douleur thoracique, essoufflement inhabituel, douleur et gonflement d'un mollet : ces symptômes ne doivent pas attendre la téléconsultation. Consultez rapidement votre médecin, ou appelez le 15 en cas d'urgence.

Ce document est couvert par le secret médical. Les informations recueillies servent exclusivement à votre prise en charge.

01 Vous

Nom	Prénom	Date de naissance
Ville et département de résidence	Profession	
Médecin traitant (nom, ville)	Gynécologue ou sage-femme assurant votre suivi	
Taille (cm)	Poids actuel (kg)	Poids vers 40 ans (kg)

02 Mode de vie

Activité physique

☐ Aucune ☐ Moins de 2 h 30 / semaine ☐ 2 h 30 / semaine ou plus Type :

Renforcement musculaire (muscultation, charges, Pilates...)

☐ Non ☐ 1 fois / semaine ☐ 2 fois ou plus

Tabac

☐ Jamais fumé ☐ Fumeuse actuelle ☐ Ancienne fumeuse Cig./jour, depuis / arrêt en :

Alcool

☐ Non ☐ Occasionnel ☐ Régulier Verres / semaine :

Cannabis ou autres substances

☐ Non ☐ Oui Lesquelles, fréquence :

Sommeil

☐ Satisfaisant ☐ Réveils nocturnes ☐ Difficultés d'endormissement ☐ Ronflements / apnées

Heures / nuit :

03 Votre ménopause

Ces informations orientent directement le choix du traitement.

Date approximative des dernières règles	Âge des premières règles	Grossesses / accouchements

Vos règles actuellement

☐ Encore régulières ☐ Irrégulières ☐ Arrêtées depuis plus de 12 mois

Saignements survenus plus de 12 mois après l'arrêt des règles

☐ Non ☐ Oui Quand :

Utérus retiré (hystérectomie)

☐ Non ☐ Oui Année et motif :

Ovaires retirés

☐ Non ☐ Un ovaire ☐ Les deux Année :

Ménopause avant 40 ans (insuffisance ovarienne prématurée)

☐ Non ☐ Oui ☐ Je ne sais pas

Contraception actuelle

☐ Aucune ☐ Pilule ☐ Stérilet hormonal ☐ Stérilet cuivre ☐ Implant Autre :

Avez-vous déjà pris un traitement hormonal de la ménopause ?

☐ Jamais ☐ Oui, en cours ☐ Oui, arrêté Lequel, durée, motif d'arrêt :

Traitement local vaginal (ovules, crème, gel) ou laser vaginal

☐ Non ☐ Oui Lequel :

04 Vos symptômes

Échelle MRS (Menopause Rating Scale), utilisée pour mesurer l'évolution d'une consultation à l'autre. Cochez une seule case par ligne, selon ce que vous ressentez actuellement.

	0 Aucun	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère	4 Très sévère
1. Bouffées de chaleur, transpiration	☐	☐	☐	☐	☐
2. Gêne cardiaque (palpitations, sensation de cœur qui s'emballle ou se serre)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Troubles du sommeil (endormissement, réveils, réveil trop précoce)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Humeur dépressive (tristesse, découragement, envie de pleurer)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritabilité (nervosité, tension intérieure, agressivité)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Anxiété (agitation, sentiment de panique)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Épuisement physique et mental (baisse de performance, mémoire, concentration)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Troubles de la sexualité (désir, activité, satisfaction)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Troubles urinaires (envies fréquentes, difficultés, fuites)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse, brûlure, rapports difficiles)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Douleurs articulaires et musculaires	☐	☐	☐	☐	☐

Autres symptômes éventuels

- ☐ Chute de cheveux
 ☐ Peau plus fine ou plus sèche
 ☐ Prise de poids abdominale
☐ Fuites à l'effort (toux, sport)
 ☐ Infections urinaires répétées
 ☐ Troubles de la mémoire
 ☐ Maux de tête

Les 3 symptômes qui altèrent le plus votre qualité de vie

Symptôme 1	Fréquence (chaque nuit, plusieurs fois / jour...)	Gêne de 0 à 10
Symptôme 2	Fréquence (chaque nuit, plusieurs fois / jour...)	Gêne de 0 à 10
Symptôme 3	Fréquence (chaque nuit, plusieurs fois / jour...)	Gêne de 0 à 10

05 Vos antécédents médicaux

Les lignes en rouge sont déterminantes pour la sécurité d'un traitement hormonal : merci de ne pas les laisser vides.

Circulation, cœur, métabolisme

	Oui	Non	Précisions (année, traitement...)
Phlébite (thrombose veineuse) ou embolie pulmonaire	☐	☐	
Anomalie de la coagulation connue (thrombophilie)	☐	☐	
Accident vasculaire cérébral ou AIT	☐	☐	
Infarctus, angine de poitrine, artérite	☐	☐	
Hypertension artérielle	☐	☐	
Diabète (préciser type 1 ou 2)	☐	☐	
Cholestérol ou triglycérides élevés	☐	☐	
Migraine AVEC aura (troubles visuels avant la crise)	☐	☐	
Migraine sans aura	☐	☐	

Cancers et maladies gynécologiques

	Oui	Non	Précisions (année, traitement...)
Cancer du sein	☐	☐	
Cancer de l'endomètre (corps de l'utérus) ou de l'ovaire	☐	☐	
Autre cancer	☐	☐	
Nodule ou kyste du sein, biopsie mammaire	☐	☐	
Endométriose, adénomyose	☐	☐	
Fibromes utérins, polypes	☐	☐	
Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	☐	☐	
Traitement prolongé par Lutéran, Lutényl ou Androcur	☐	☐	
Méningiome	☐	☐	

Autres

	Oui	Non	Précisions (année, traitement...)
Maladie du foie (hépatite, cirrhose...)	☐	☐	
Maladie de la thyroïde	☐	☐	
Fracture après 50 ans lors d'une chute simple	☐	☐	
Ostéoporose ou ostéopénie connue	☐	☐	
Dépression ou anxiété ayant nécessité un traitement	☐	☐	
Pré-éclampsie ou hypertension pendant une grossesse	☐	☐	
Diabète pendant une grossesse	☐	☐	
Accouchement prématuré (avant 8 mois) ; fausses couches (nombre)	☐	☐	
Calculs de la vésicule biliaire	☐	☐	

Autres antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux (intervention, année)

Dépistages

Dernier frottis / test HPV : date et résultat

Dernière mammographie : date et résultat

Dernière ostéodensitométrie : date et résultat

Dernière prise de sang : date

06 Vos antécédents familiaux

Parents, frères et sœurs, enfants — et, pour les cancers, aussi grands-parents, tantes et cousines.

	Oui	Non	Lien de parenté, âge au diagnostic
Cancer du sein (qui, à quel âge)	☐	☐	
Cancer de l'ovaire (qui, à quel âge)	☐	☐	
Mutation BRCA1 / BRCA2 ou autre mutation identifiée	☐	☐	
Autre cancer (lequel, qui)	☐	☐	
Phlébite ou embolie pulmonaire (qui, à quel âge)	☐	☐	
Infarctus ou AVC : père avant 55 ans, mère avant 65 ans	☐	☐	
Ostéoporose, fracture du col du fémur	☐	☐	
Diabète	☐	☐	
Maladie d'Alzheimer ou autre démence	☐	☐	

07 Vos traitements actuels

Joignez votre dernière ordonnance si possible.

Médicaments (nom, dose)

Compléments alimentaires (vitamine D, calcium, magnésium, phyto-œstrogènes, plantes...)

Prenez-vous l'un de ces traitements ?

- ☐ Anticoagulant
 ☐ Antiagrégant (aspirine...)
 ☐ Antiépileptique
 ☐ Corticoïdes depuis plus de 3 mois
 ☐ Antidépresseur
 ☐ Lévothyroxine
 ☐ Traitement anticancéreux hormonal

Allergies

- ☐ Aucune connue
 ☐ Médicamenteuse
 ☐ Au patch ou au sparadrap
 Précisez :

08 Vos attentes

Il n'y a pas de bonne réponse : cela nous aide à construire la stratégie avec vous.

Ce que vous attendez de cette consultation (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Soulager mes symptômes
 ☐ Prévenir l'ostéoporose et les risques à long terme
 ☐ Un avis sur mon traitement actuel
 ☐ Une alternative non hormonale
 ☐ Confort intime, sexualité
 ☐ Peau, cheveux
 ☐ Poids, métabolisme

Votre position vis-à-vis d'un traitement hormonal

- ☐ Plutôt favorable
 ☐ Hésitante
 ☐ Je préfère l'éviter
 ☐ Je ne sais pas

Les questions que vous souhaitez poser, vos craintes éventuelles

J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé avant la consultation.

Date

Nom et prénom (vaut signature électronique)