

Suivre votre traitement

Questionnaire de suivi — à compléter par vous-même

Dr Hugues Geoffrion · Gynécologue

Madame,

Quelques semaines après le début de votre traitement, ce questionnaire me permet de mesurer l'évolution de vos symptômes, de juger de l'efficacité et de la tolérance du traitement et d'ajuster, si besoin, la prise en charge. Merci de le compléter avec soin, directement à l'écran ou à la main. Comptez environ 10 minutes.

À avoir sous la main

- Votre ordonnance ou vos boîtes de médicaments, pour recopier exactement le nom du traitement et sa dose.
- La date à laquelle vous avez commencé le traitement actuel.
- Votre dernier bilan biologique ou examen, s'il a été réalisé depuis la dernière consultation.
- Votre poids actuel et, si vous l'avez mesurée, votre tension artérielle.

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

Ne pas attendre la consultation : saignements abondants ou inhabituels, douleur thoracique, essoufflement inhabituel, douleur et gonflement d'un mollet : ces symptômes ne doivent pas attendre la consultation. Consultez rapidement votre médecin, ou appelez le 15 en cas d'urgence.

Première consultation, sans traitement en cours ? Remplissez plutôt le questionnaire pré-consultation ménopause.

01 Vous

Je remplis ce questionnaire

☐ À domicile, avant ma téléconsultation ☐ Au cabinet

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone

E-mail

02 Votre traitement

Recopiez exactement ce qui figure sur votre ordonnance ou sur vos boîtes : nom du produit, dosage, nombre de prises.

Date de début du traitement actuel

Date de la dernière consultation

Traitement exact avec les doses (ex. : Estrogel, 1 dose pompe par jour ; Utrogestan 100 mg, 1 capsule le soir)

Forme du traitement

☐ Patch ☐ Gel ☐ Comprimé ☐ Spray ☐ Capsule (progestérone) ☐ Stérilet hormonal
☐ Autre

Précisions

Schéma de prise

☐ En continu ☐ Séquentiel (cyclique) ☐ Œstrogène seul ☐ Je ne sais pas

Traitement local vaginal (ovules, crème, gel)

☐ Non ☐ Oui

Précisions

Autres médicaments ou compléments pris en parallèle (nom, dose)

Prise du traitement

☐ Régulière ☐ Oublis occasionnels ☐ Oublis fréquents ☐ Arrêté

Changement de dose ou de traitement depuis la dernière consultation (date, ancienne et nouvelle dose)

03 Vos symptômes

Échelle MRS (Menopause Rating Scale), identique à celle du premier questionnaire pour suivre l'évolution.
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'emballe 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	☐	☐	☐	☐	☐

Les 3 symptômes qui altèrent le plus votre qualité de vie

Symptôme 1

Symptôme 2

Symptôme 3

04 Efficacité et tolérance

Depuis le début du traitement, mes symptômes sont

- ☐ Disparus ☐ Nettement améliorés ☐ Un peu améliorés ☐ Inchangés ☐ Aggravés

Satisfaction globale vis-à-vis du traitement (de 0 à 10)

Effets indésirables ressentis

- ☐ Aucun ☐ Saignements ou spotting ☐ Tension mammaire ☐ Maux de tête ☐ Nausées
☐ Ballonnements, prise de poids ☐ Irritation cutanée (patch) ☐ Troubles de l'humeur ☐ Autre

Précisions

Saignements vaginaux

- ☐ Aucun ☐ Spotting occasionnels ☐ Saignements réguliers type règles
☐ Saignements abondants ou inhabituels

Avez-vous eu récemment l'un de ces signes ?

- ☐ Douleur ou gonflement d'un mollet ☐ Essoufflement inhabituel ou douleur thoracique
☐ Boule ou écoulement au sein ☐ Aucun de ces signes

Poids actuel (kg)

Tension artérielle récente, si mesurée

05 Vos questions

Questions ou remarques pour la consultation

06 Validation

Idéalement, complétez le questionnaire en entier. Si certaines questions vous posent difficulté, vous pouvez néanmoins le transmettre : seuls l'identité, la date de naissance et la signature sont indispensables.

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

Date

Nom et prénom (vaut signature)