



VOS INFORMATIONS

Nom Prénom
Date de naissance Age
Ville
Téléphone E-mail
Profession
Situation familiale Nbre d'enfant
Age des enfants
Médecin gynécologue
Traitement médicamenteux en cours

questionnaire ménopause

Depuis combien de temps avez-vous des troubles liés à la ménopause ?

Bouffées de chaleur ? Fréquences ? Intensité ? (de 1 à 10)

Sudation ? Fréquences ? Intensité ? (de 1 à 10)

Avez vous des troubles du sommeil ?

Êtes vous stressée, irritable ?

Avez vous des troubles de l'humeur, déprime ?

Avez-vous des maux de tête ?

Avez-vous des vertiges ?

Faites-vous de la rétention d'eau ?

Avez-vous pris du poids ?

Combien de kilos ?

PRÉCAUTION D'UTILISATION :

Avez vous une maladie grave ? Avez vous des troubles épileptiques ?

Êtes vous enceinte ?

Comment avez vous connu le cabinet ?

[Effacer le formulaire](#)

[Imprimer](#)

[Envoyer le formulaire \(fonctionne que quand les champs sont remplis\)](#)