

Formulaire de consultation annuelle

1. Présentez-vous certains des symptômes ci-dessous durant les cinq jours précédant chacune de vos règles ? (cochez la ou les cases correspondantes)

- Dépression et/ou anxiété
 Sensibilité mammaire
 Accès de colère
 Ballonnements abdominaux
 Irritabilité
 Maux de tête
 Anxiété
 Gonflement des extrémités
 Confusion
 Retrait social

2. Vos règles sont-elles abondantes ou prolongées ?

- Toujours Parfois Jamais

3. Vos règles sont-elles douloureuses ?

- Toujours Parfois Jamais

4. Avez-vous constaté des changements récents de vos règles ou de comment vous vous sentez tout au long du mois ?

- Oui Non Incertaine

Si oui, lesquels ? _____

5. Prévoyez-vous de commencer à fonder une famille ou de tomber enceinte l'année prochaine ?

- Oui Non Incertaine

6. Utilisez-vous actuellement des moyens de contraception ? Si oui, lesquels ?

- Contraceptifs oraux Préservatifs
 Stérilet Méthodes naturelles
 Autres

Si autres, précisez : _____

7. Pourquoi avez-vous choisi votre moyen de contraception actuel ?

- Peu coûteux Pratique Connu
 Recommandé par mon médecin
 Je n'utilise pas de moyens de contraception

8. Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception actuel ?

- Oui Non Incertaine
 Je n'utilise pas de moyens de contraception

Si non, pourquoi ? _____

9. Y a-t-il d'autres points dont vous voudriez discuter ?

Si oui, lesquels ? _____
