

Questionnaire épidémiologique : **antécédents médicaux et médication du patient**

Dans cette première partie nous vous demandons de nous donner des informations sur vos problèmes de santé et sur les médicaments que vous prenez actuellement.

Sexe : Femme

1. Quel âge avez-vous? _____

2. Quel est votre état civil?

₁

Jamais mariée

₂

Mariée

₃

Divorcée

₄

Veuve

₅

Conjoint de fait

3. Vivez-vous seule?

₁

Oui

₂

Non

4. Quel niveau d'études avez-vous complété?

₁ école primaire ou moins

₂ école secondaire

₃ cégep

₄ université

5. Combien d'accouchements avez-vous eus?

Par césarienne : _____ Par accouchement vaginale : _____

6. Histoires gynécologiques:

• Chirurgies gynécologiques :

Chirurgie pour l'incontinence

Hystérectomie

Ligature des trompes

• Descente d'organes:

Cystocèle

Urétrécèle

Entéroécèle

Rectocèle

Hystéroécèle

Autres problématiques gynécologiques: _____

7. Depuis combien de temps souffrez-vous d'incontinence urinaire?

8. Indiquez si vous avez déjà souffert des affections suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haute tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie des poumons/ Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baisse de l'ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance hépatique (foie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcères d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer Précisez : _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre affection Précisez : _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Êtes-vous fumeuse?

₁

₂

₃

Oui

Dans le passé mais j'ai cessé

Jamais

Donnez la date à laquelle vous avez arrêté de fumer : _____

10. MÉDICAMENTS

Faire la liste de tous les médicaments pris actuellement:

(Ne pas inscrire les dosages. Écrire les médicaments même s'ils sont pris occasionnellement)

	Nom du médicament	Raison de la prescription
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Fin du questionnaire