

ANAMNÈSE PERSONNELLE ET FAMILIALE

Informations personnelles

Prénom	Profession
Nom	Caisse maladie

Anamnèse personnelle

Poids _____ kg	Âge des premières règles _____	Durée du cycle menstruel _____
Taille _____ cm	Cycle <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	Durée des règles _____
Avez-vous eu des grossesses? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Combien? _____ Complications (avortements, cholestases ou autres)? _____	Nombre d'enfants _____
Fumez-vous? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Combien? _____	
Consommez-vous des boissons alcoolisées? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Combien? _____	
Avez-vous subi des opérations précédemment? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquelles? _____	
Prenez-vous régulièrement des médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquels? _____	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Laquelle? _____	
Avez-vous déjà été hospitalisée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cause? _____	

ANAMNÈSE GÉNÉTIQUE FAMILIALE

L'une de ces maladies est-elle présente au sein de votre famille

Maladies génétiques/chromosomiques connues Non Si la réponse est oui, laquelle et qui? _____
 Oui Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..) _____

Avez-vous déjà eu un test génétique? Non Si la réponse est oui, laquelle et qui? _____
 Oui Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..) _____

Y a-t-il dans la famille des cas de:

Retards mentaux et/ou troubles du développement Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 Oui _____

Problèmes de fertilité? Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 Oui _____

Avortements spontanés récurrents ou enfants morts-nés Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Chez des femmes de <38 ans) Oui _____

Ménopause précoce Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Femmes de <45 ans) Oui _____

Tumeurs du sein ou de l'ovaire Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Spécifier l'âge) Oui _____

Autres tumeurs malignes Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Spécifier lesquelles et l'âge) Oui _____

Troubles métaboliques Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Par ex. favisme, hypercholestérolémie, diabète) Oui _____

Troubles de la coagulation Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Par ex. thromboses, infarctus, hémophilie) Oui _____

Troubles neurologiques ou musculaires Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 (Tremblement, épilepsie, myopathie...) Oui _____

Surdité congénitale Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)
 Oui _____

Votre famille est originaire de:

Du côté de votre père:

- Italie, Péninsule Ibérique, Grèce, Moyen Orient
- Europe du Nord/centrale (y compris la Suisse)
- Europe de l'Est
- Juifs ashkénazes
- Autres (spécifier)

Du côté de votre mère:

- Italie, Péninsule Ibérique, Grèce, Moyen Orient
- Europe du Nord/centrale (y compris la Suisse)
- Europe de l'Est
- Juifs ashkénazes
- Autres (spécifier)

Signature/lieu _____

Date: / / (Jour/Mois/Année)