



## ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Nom légal : \_\_\_\_\_ Nom privilégié : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(Jour/Mois/Année)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Case postale/N° de rue/Nom de rue) (Ville/Village) (Province) (Code postal)

Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Nous permettez-vous de vous envoyer des textos?  Oui  Non

Nous permettez-vous de vous envoyer des courriels?  Oui  Non

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation de votre carte de Santé Manitoba : \_\_\_\_\_

N° d'identification personnelle de votre carte de Santé Manitoba : \_\_\_\_\_

Prestataire de soins primaires : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### Antécédents personnels

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

- Allergies \_\_\_\_\_
- Médicaments actuels \_\_\_\_\_
- Problèmes cardiaques ou de tension artérielle
- Saignements ou problèmes de coagulation
- Diabète
- Maux de tête ou migraines
- Infection vaginale ou vésicale
- Problèmes de foie ou hépatite
- Nodules mammaires
- Kystes ovariens
- Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)
- Problèmes cutanés ou acné

### Antécédents familiaux

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

L'un des membres de votre famille souffre-t-il de ce qui suit :

- Cancer du sein, de l'utérus ou des ovaires
- Maladie du cœur/Crise cardiaque
- Hypertension artérielle
- Thrombose/AVC/Problèmes de coagulation
- Diabète
- Autre \_\_\_\_\_

- Problèmes musculaires ou osseux
- Dépression ou anxiété
- Autre \_\_\_\_\_

### Antécédents reproductifs

À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations? \_\_\_\_ ans

Vos menstruations sont-elles douloureuses?  Oui  Non

Quand ont commencé vos dernières menstruations? \_\_\_\_\_

Combien de jours vos menstruations durent-elles généralement? \_\_\_\_\_

Quelle est la fréquence de votre cycle menstruel (du premier jour des menstruations au premier jour des suivantes)?

Tous les 28 jours  Plus de tous les 28 jours  Moins de tous les 28 jours  Autre \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait un test de grossesse?  Oui  Non Si oui, quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été enceinte? Oui  Non  Combien de fois? \_\_\_\_\_ Combien de naissances? \_\_\_\_\_

Si oui, quand avez-vous accouché? \_\_\_\_\_

Allaitiez-vous actuellement? Oui  Non

### Sexe

- |                                     |                                       |   |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Femme      | <input type="checkbox"/> Deux esprits | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Homme      | <input type="checkbox"/> Transgenre   | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas             |
| <input type="checkbox"/> Intersexué | <input type="checkbox"/> Genderqueer  | <input type="checkbox"/> Autre _____                |

### Orientation sexuelle

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hétérosexuel | <input type="checkbox"/> Deux esprits               | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Homosexuel   | <input type="checkbox"/> Queer                      | <input type="checkbox"/> Autre _____    |
| <input type="checkbox"/> Lesbienne    | <input type="checkbox"/> Pansexuel                  | <input type="checkbox"/> Sans objet     |
| <input type="checkbox"/> Bisexuel     | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |   |

Êtes-vous sexuellement active?  Oui  Non

À quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels? \_\_\_\_ ans

Combien de partenaires sexuels avez-vous eu à ce jour? \_\_\_\_\_

De quel sexe est(sont) votre(vos) partenaire(s)? \_\_\_\_\_

À quand remontent vos derniers rapports sexuels? \_\_\_\_\_

Quels types?  Anal  Oral  Vaginal  Autre \_\_\_\_\_

Êtes-vous actuellement en couple?  Oui  Non

Si oui, quel type de relation et depuis quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi des pressions pour avoir des rapports sexuels?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange de drogues ou d'argent?  Oui  Non

Avez-vous des douleurs ou des saignements pendant ou après les rapports sexuels?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible?  Oui  Non

Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi un test Pap?  Oui  Non Si oui, quand? \_\_\_\_\_

Résultats? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs?  Oui  Non Si oui, lesquels?

Pilules contraceptives  Préservatifs  Patch  Depo-Provera  Anneau

Autre \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà utilisé un contraceptif d'urgence (pilule du lendemain Plan B)?  Oui  Non

Si oui, quand? \_\_\_\_\_

## Mode de vie

Où habitez-vous et avec qui? \_\_\_\_\_

Votre situation de vie actuelle vous convient-elle?  Oui  Non

Vous sentez-vous en sécurité?  Oui  Non

Qui considérez-vous comme vos personnes de soutien? \_\_\_\_\_

Allez-vous à l'école?  Oui  Non

Si oui, à quelle école? \_\_\_\_\_

Travaillez-vous?  Oui  Non

Si oui, à quel endroit? \_\_\_\_\_

Vous êtes-vous déjà fait faire ce qui suit?

Tatouage(s)  Électrolyse  Perçage corporel  Acupuncture

Consommez-vous du tabac ou du cannabis?  Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Comment le consommez-vous?  Vapo  Cigarette  Comestibles  Produits à mâcher  Capsules  Gouttes

Consommez-vous de l'alcool?  Oui  Non

Si oui, combien de verres par semaine? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous d'autres drogues?  Oui  Non

Si oui, qu'avez-vous utilisé ou essayé? \_\_\_\_\_

À quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous obtenir de l'aide pour cesser ou diminuer votre consommation?  Oui  Non

## Finances

Comment payez-vous les médicaments sur ordonnance? \_\_\_\_\_  
(p. ex. : moi-même, services de santé non assurés (SSNA), aide à l'emploi et au revenu, Services à l'enfant et à la famille, régime privé d'assurance-maladie)

D'après vous, y a-t-il autre chose que nous devrions savoir à votre sujet?

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE