



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(ont) 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