

Demande effectuée par (nom/lien avec le consultant):

le :

MON IDENTITE :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du patient :

MON ENTOURAGE :

Mon médecin traitant est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant familial est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant professionnel est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon tuteur/curateur est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

MOTIF DE LA DEMANDE : ☐ 1^{ère} demande ☐ Je suis déjà venue / Année ☐ Suivi

MOI :

Mal. Invalidantes

Visuel

Moteur

Psychique

Auditif

Mental

Autisme / TSA

Oui

Non

Je ne sais pas

Je marche

Je suis accompagné (e) d'un chien guide

J'ai besoin d'un transfert pour m'installer sur une table
d'examen

Je peux m'installer en position gynéco

J'ai déjà vu un(e) gynécologue

Je suis sensible aux bruits et à la lumière

Je porte des appareillages (attelles, corset....)

Je peux être agressif (ve) envers moi ou envers l'autre

Mon temps d'attention est estimé à min

MODE DE COMMUNICATION :

☐ Je parle

☐ J'utilise un autre moyen de communication, précisez :

Autres particularités :

ACCOMPAGNEMENT ET MODE DE TRANSPORT :

Je sais où se situe le bâtiment de consultation de gynécologie du CHU?

☐ Oui

☐ Non

Je serai accompagné(e) lors de ma consultation ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui par qui ?.....

J'arriverai en :

☐ Véhicule personnel

☐ VSL

☐ Transport allongé

Demande effectuée par (nom/liens avec le consultant): _____ le :

MON IDENTITE :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse du patient : _____

MON ENTOURAGE :

Mon médecin traitant est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant familial est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant professionnel est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon tuteur/curateur est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

MOTIF DE LA DEMANDE : ☐ 1^{ère} demande ☐ Je suis déjà venue / Année : ☐ Suivi

MOI :

 ☐ Mal. Invalidantes
  ☐ Visuel
  ☐ Moteur
  ☐ Psychique
  ☐ Auditif
  ☐ Mental
  ☐ Autisme / TSA

	Oui	Non	Je ne sais pas
Je marche			
Je suis accompagné (e) d'un chien guide			
J'ai besoin d'un transfert pour m'installer sur une table d'examen			
Je peux m'installer en position gynéco			
J'ai déjà vu un(e) gynécologue			
Je suis sensible aux bruits et à la lumière			
Je porte des appareillages (attelles, corset....)			
Je peux être agressif (ve) envers moi ou envers l'autre			
Mon temps d'attention est estimé àmin			

MODE DE COMMUNICATION :

☐ Je parle
☐ J'utilise un autre moyen de communication, précisez :
 Autres particularités : _____

ACCOMPAGNEMENT ET MODE DE TRANSPORT :

Je sais où se situe le bâtiment de consultation de gynécologie du CHU? ☐ Oui ☐ Non
 Je serai accompagné(e) lors de ma consultation ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui par qui ?
 J'arriverai en : ☐ Véhicule personnel ☐ VSL ☐ Transport allongé

CONSULTATION MEDICALE. MES BESOINS :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Frottis			
Dépistages Infection Sexuellement Transmissible			
Contraception			
Contraception d'urgence			
Test de grossesse			
Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)			

CONSULTATION MEDICALE. MES SYMPTOMES : (Merci de joindre l'ordonnance de traitement)

	Oui	Non	Je ne sais pas
J'ai des pertes différentes			
Mes règles me posent problème			
Ça pique, ça gratte, ça brûle			
J'ai des douleurs au ventre et/ou aux parties intimes			

INFORMATIONS :

Je souhaite parler avec (Béatrice ou Séverine) la Conseillère conjugale et familiale pour obtenir de l'information sur :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Mon corps			
Mes règles			
Ma vie amoureuse et affective			
Ma contraception			
Les Infections Sexuellement Transmissibles			
La grossesse			
La ménopause			

Je souhaite venir en visite blanche avant ma consultation (visite des locaux pour mieux appréhender les soins à venir) : ☐ Oui ☐ Non

J'ai besoin d'outils pour préparer ma venue et m'habituer aux soins (Photos des locaux, du matériel utilisé, séquençage de la consultation, kit d'habituatation...) : ☐ Oui ☐ Non

Lors des soins, j'utilise un renforçateur (objet qui motive)? ☐ Oui ☐ Non Si Oui lequel :

Trucs et astuces qui peuvent m'aider à me détendre (musique, peluche....) :

J'ai déjà utilisé le Méopa®/Kalinox ® (gaz) : ☐ Oui ☐ Non