



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

## 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  
 (Chez des femmes de <38 ans)  Non Si la réponse est oui, qui? (mère, père, grands-parents,..)  
 Oui \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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