



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
 (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)