

Patient Prénom: _____ MI _____ Nom de famille _____

Numéro de sécurité sociale: _____ - _____ - _____ Date de Naissance ____/____/____ Téléphone de Maison: _____
Téléphone cellulaire : _____

Sexe attribué à la naissance: Homme Femme

Identité de genre: Homme Femme Transgenre Homme / Femme à Homme Transgenre Femme / Homme à Femme Autre Choisir de ne pas divulguer

Orientation sexuelle: Lesbienne ou gai Hétéro (non lesbienne / non gai) Bisexuelle Autre chose
Non connue Choisir de ne pas divulguer

Adresse: _____
(Rue) (Ville) (Etat) (Code Postal)

Adresse Postale (Si c'est différent): _____
(Rue) (Ville) (Etat) (Code postal)

Rappels de rendez-vous / Confirmations / Avis spéciaux / Partage d'informations

La messagerie électronique et textuelle nous permet d'échanger efficacement des informations. Dans le même temps, nous reconnaissons que la messagerie électronique et la messagerie texte ne constituent pas un moyen de communication totalement sécurisé, car ces messages peuvent être adressés à la mauvaise personne ou mal utilisé pendant la transmission. Si vous souhaitez que nous envoyions des courriers électroniques et/ou des messages texte contenant vos informations médicales, veuillez fournir les informations suivantes pour autoriser CCHD à communiquer avec vous et avec d'autres prestataires de soins de santé pour vos soins médicaux et votre traitement.

** Remplissez les éléments suivants uniquement si la correspondance par courrier électronique (email) / texte (sms) est autorisée :

Adresse email pour m'envoyer des informations: _____ Numéro de téléphone pour m'envoyer des textes (sms): _____

*Si vous préférez ne pas autoriser l'utilisation du courrier électronique / de la messagerie texte, nous continuerons d'utiliser la (U.S. Mail) ou le téléphone pour communiquer avec vous.

VOTRE MEDECIN _____ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

VOTRE DENTISTE: _____ Dr. Watson Dr. Lee

Ethnicité Non Hispanique/ Non Latino
Hispanique/ Latino
 Inconnu / Non reporté

Race Indien Américain / natif d'Alaska Asiatique
Noir / Africain-Américain Blanc
Plus d'une race Natif d' Hawaii
Autres îles Pacifiques Refusé

Statut Marital: Célibataire Marié Séparé légalement Divorcé Veuf/ Veuve

Êtes- vous un étudiant? Non Oui **Vétéran?** Non Oui **Travailleur migrant?** Non Oui

Maison: Propriétaire En location Maison Sociale Sans domicile fixe Vit avec des Amis / Famille

Quel est votre revenu annuel approximatif? _____ Taille de la famille _____ Refuse de dire

Le patient a-t-il besoin d'un interprète? Non Oui Espagnole / Français/ Langue de signes

Si le patient a l'âge de moins de 18 ans, le parent /le garde responsable de l'enfant a-t-il besoin de l'interpréter ? Non Oui Espagnole / Français/ Langue de signes

Est-ce que le patient a une procuration pour ses soins de santé / DIRECTIVE PREALABLE / ordre de Ne -Pas-Ressusciter/Tuteur décidé par le tribunal? Non Oui *Si oui, s'il vous plaît, fournissez nous une copie.

CONTACT EN CAS D'URGENCE:

NOM: _____

Lien de Parenté: _____ Numéro de Téléphone: _____

1

NOM DU PATIENT: _____ **DATE DE NAISSANCE:** _____

INFORMATION DE LA PARTIE RESPONSABLE *Personne à facturer si autre que le patient

Prénom : _____ MI:___ Nom de Famille : _____ Suffixe : _____

Numéro de Sécurité Sociale: _____ - _____ - _____ Date de Naissance: ___/___/___ Sexe: Mâle Femelle

Adresse : _____
(Adresse) (Ville) (Etat) (Code Postal)

Numéro de Téléphone : _____

INFORMATIONS DE L'ASSURANCE: Cochez tout ce qui est applicable

Medicaid Allkids Medicare Assurance Privée Paiement Personnel Grille Tarifaire

Nom de l'Assuré: _____

Numéro de sécurité sociale de l'Assuré: _____ Date de Naissance: _____

Lieu de Travail: _____ Numéro Téléphone de travail: _____

Nom de **L'Assurance Médicale:** _____ Numéro de la Police: _____
(Policy Number)

Numéro de Membre: _____ Date d'Entrée en vigueur: _____

Nom de **l'Assurance Dentaire:** _____ Numéro de la Police: _____
(Policy Number)

Numéro de Membre _____ Date d'Entrée en vigueur: _____

Tous les patients ont le droit au traitement par la Clinique de Santé / Santé Comportementale /Dentaire de Cass County sans discrimination d'âge, de race, de religion, de sexe, d'orientation sexuelle ou de nationalité d'origine.

Les informations fournies ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance.

J'accepte toute responsabilité pour les soins et traitement de ma personne/ mon enfant, et décharge la

Clinique de Santé/ Santé Comportementale /Dentaire de Cass County et son personnel de toute responsabilité pour tout résultat défavorable qui peut survenir dû à mon refus de suivre le plan de traitement recommandé.

J'autorise la Clinique de Santé/Santé Comportementale/Dentaire de Cass County à me fournir des services et à divulguer les informations nécessaires pour la facturation, traiter et recevoir le paiement de l'Assurance Médicale / Dentaire (Assurance privée, Medicare, ou Medicaid, etc.), pour les services médicaux et professionnels rendus.

DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT : Je comprends qu'il est de ma responsabilité de lire et de suivre les informations contenues dans cet avis. Tous les clients ont le droit au traitement par CSCC / CSSCC / CDCC, sans discrimination d'âge, de race, de couleur, de religion, d'orientation sexuelle ou de nationalité d'origine.

Avis de Pratiques de Confidentialité-Ma signature ci-dessous indique également qu'on m'a fourni une copie de l'Avis de Pratiques de Confidentialité du Département de Santé de Cass County. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de demander toutes les questions que je pourrais avoir.

Signature du Client (ou Parent) : _____ **Date :** _____

Comment avez-vous entendu de nous? Journal Ami/ famille Panneau d'affichage Radio Autre _____

NOM DU PATIENT: _____ **DATE DE NAISSANCE:** _____

RECONNAISSANCE DES POLITIQUES ET PROCEDURES

Merci pour avoir choisi la Clinique de Santé/ Dentaire de Cass County pour vos soins Médicaux / Santé Comportementale / Dentaires. Notre personnel accorde de l'importance à votre temps et nous espérons qu'en retour, vous accorderez de l'importance au notre. Afin de bien vous servir, nous avons les politiques suivantes pour vous, à lire et signer. Accepter ces politiques nous permettra de vous fournir des soins en temps opportun et de manière efficace.

PAIEMENT

- Tous les paiements / co-paiements pour les services fournis sont payés au moment du service.
- L'éligibilité pour les services sous Medicaid de l'Illinois sera déterminée avant le début de chaque visite.
- Vous devez apporter votre carte d'assurance actuelle à chaque rendez-vous. Si l'éligibilité ne peut pas être vérifiée, vous serez demandé de payer pour le service.
- Tous les services non couverts par Medicaid, Medicare et /ou l'Assurance Médicale / Dentaire seront votre responsabilité de payer.
- Un patient avec une dette antérieure sera demandé de contacter notre bureau de facturation pour établir un plan pour payer la totalité du montant.
- Je comprends que si mon compte est transmis à une agence de recouvrement, je serai responsable pour les coûts de recouvrement engagés.

GRILLE TARIFAIRE

- Nous offrons une grille tarifaire pour permettre aux patients qui ont fourni des preuves de revenu de recevoir des services à un prix abordable. Ce que vous payer est déterminé par le revenu et la taille de la famille.
- La grille tarifaire est basée sur les lignes directives du Département de Santé des Etats Unis.

RENDEZ-VOUS

- Il est de votre responsabilité de vous rappeler de votre rendez-vous. Afin, pour nous de faire un appel de courtoisie, un numéro de téléphone actuel est nécessaire. Il est de votre responsabilité de nous informer de tout changement.
- Le personnel appellera pour confirmer les rendez-vous. Vous devez répondre ou retourner l'appel dans les 24 heures qui suivent, ou votre rendez-vous sera annulé.
- Si votre numéro de téléphone est déconnecté ou n'est pas mis à jour ou votre messagerie vocale n'est pas fonctionnelle, votre rendez-vous peut être occupé par un autre patient.
- Les nouveaux patients seront demandés de venir à leur rendez-vous 30 minutes avant le début de leur rendez-vous pour remplir le formulaire de nouveau patient.

LE TRAITEMENT DES MINEURS

Tous les mineurs doivent être accompagnés par un tuteur légal ou un tuteur doit donner une permission à une autre personne pour les accompagner en remplissant le formulaire de procuration exigée. En fonction du traitement à fournir, un tuteur légal peut être demandé d'être sur place pour donner un consentement éclairé, sauf dans les cas où les mineurs peuvent demander des soins dans les cas permis par l'état d'Illinois.

MAISON CENTREE SUR LE PATIENT

Une maison médicale centrée sur le patient est un système de soins dans lequel une équipe de professionnels de santé travaille ensemble pour fournir tous les soins dont vous avez besoin. Nous utilisons la technologie telle que les dossiers médicaux électroniques pour communiquer et coordonner vos soins et vous fournir les meilleurs résultats possibles. Vous, le patient, est la plus importante partie d'une maison médicale centrée sur le patient. Quand vous prenez un rôle actif concernant votre santé et travaillez en étroite collaboration avec nous, vous pouvez être sûr que vous avez les soins dont vous avez besoin.

Je comprends et je suis d'accord avec les politiques écrites ci-dessus.

Signature

Date

NOM DU PATIENT: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

**Consentement Pour Divulguer Des Informations
A Un Membre De Famille Ou La Personne Assignée A Vos Soins**

Les noms énumérés ci-dessous sont autorisés à avoir des informations divulguées à eux par la Clinique de Santé / Santé Comportementale / Dentaire de Cass County avec le consentement ci-dessous signé.

Nom	Lien de Parenté	Numéro de Téléphone
-----	-----------------	---------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

✘ Signature _____

Date _____

*Ce consentement peut être suspendu à tout moment sur demande écrite.

NOM DU PATIENT: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

Veillez remplir ce formulaire si vous êtes un Patient De Medicare

PATIENTS DU MEDICARE – MSP

Je reçois Medicare sur la base de : Âge Handicap Phase finale d'une maladie rénale

Je suis présentement employé : Non Oui

Nom et adresse de mon employeur _____

J'ai un époux/une épouse qui est présentement employé : Non Oui

Non et adresse de l'employeur de l'époux / épouse _____

Avez-vous un Plan Couverture Santé de Groupe sur la base de votre emploi présent ou de celui de votre époux / épouse ?

Non Oui les deux Oui moi-même Oui Epoux/Epouse

DECLARATION DE SIGNATURE À VIE DE MEDICARE

POUR PERMETTRE À MEDICARE DE PAYER À LA CLINIQUE DE SANTE DE CASS COUNTY

Je demande le paiement, à mon nom, des prestations autorisées de Medicare pour les services qui m'ont été fournis par la Clinique de Santé de Cass County. J'autorise tout détenteur d'information médicale et autre de fournir à Medicare et à ses agents toute information nécessaire pour déterminer ces prestations ou les prestations des services connexes.

Signature du Patient : _____ **Date :** _____

OU si le patient ne peut pas signer, s'il vous plaît écrivez :

**Nom du Représentant/ Parent / Tuteur
Et LIEN DE PARENTE**

Signature du Représentant/Parent/Tuteur

Date

QUESTIONNAIRE DE L'HISTOIRE MEDICALE**FRENCH***Toutes les questions contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles et feront partir de votre dossier médical.*

NOM (Nom de famille, Prénom, Autres)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de Naissance
STATUT MARITAL	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve	
Docteur Précédent ou Référé :	Date du dernier examen physique :	

HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE

MALADIES INFANTILES :	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu <input type="checkbox"/> Polio
VACCINATIONS ET DATES	<input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Hépatite B
EXAMENS DE SANTE	<input type="checkbox"/> Colonoscopie Quand/Ou : <input type="checkbox"/> Radiographie Pulmonaire Quand/Ou :
	<input type="checkbox"/> Examen Rectal/Sang Quand/OU : <input type="checkbox"/> (ECG) Quand/ou :

ENUMEREZ LES PROBLEMES MEDICAUX QUE D'AUTRES DOCTEURS ONT DIAGNOSTIQUE

Diabète	Oui	Non	Arthrite/Goutte	Oui	Non	Epilepsie	Oui	Non	Trouble de coagulation	Oui	Non
Anémie	Oui	Non	Hypertension	Oui	Non	Hépatite	Oui	Non	Cataracte	Oui	Non
Cancer	Oui	Non	Problèmes de cœur	Oui	Non	Caillots sanguins	Oui	Non	Trouble de la Thyroïde	Oui	Non
Accident vasculaire cérébral(AVC)	Oui	Non	Infections dues à une résistance aux antibiotiques	Oui	Non	Lupus	Oui	Non	Tuberculose	Oui	Non
Asthme	Oui	Non	Maladies sexuellement transmissibles	Oui	Non	Glaucome	Oui	Non	Taux élevé de cholestérol	Oui	Non
Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC)	Oui	Non	Insuffisance Cardiaque	Oui	Non	Dépression	Oui	Non			
Autre											

CHIRURGIES ET HOSPITALISATION

Année	Liste de chirurgies	Hôpital

LISTEZ VOS MEDICAMENTS PRESCRITS, MEDICAMENTS NON-PRESCRITS, VITAMINES ET INHALATEURS

Nom du Médicament	Dose	Combien de fois ?	Nom du Médicament	Dose	Combien de fois ?

ALLERGIES (MEDICAMENTS, NOURRITURE, SAISONNIERE OU ENVIRONNEMENTALE)

Allergie à quoi ?	Réaction ?	Allergie à quoi ?	Réaction ?	Allergie à quoi ?	Réaction ?

HABITUDES SANITAIRES ET SECURITE PERSONNELLE

TOUTES LES QUESTIONS CONTENUES DANS CE QUESTIONNAIRE SONT OPTIONNELLES ET SERONT GARDEES STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.

Alcool	Buvez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quel genre ?	Combien de verres par jour ?
Caféine	Consommez-vous de la caféine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quel genre? <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Boisson énergétique <input type="checkbox"/> Comprimé	
Tabac	Utilisez-vous le tabac ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Cigarettes – paquets/jour <input type="checkbox"/> Chique- #/ jour <input type="checkbox"/> Pipe- #/jour <input type="checkbox"/> Cigare - #/jour	
	<input type="checkbox"/> # d'années	<input type="checkbox"/> ou année arrêté
Drogues	Consommez-vous présentement ou avez-vous déjà consommé les drogues douces ou de la rue ? Genre/Fréquence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Est-ce que vous vous êtes déjà administré des drogues de la rue avec une aiguille ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tatouage	Avez-vous des Tatouages ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime	Régime <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Faible teneur en Sel/ Sodium <input type="checkbox"/> faible teneur en matière grasse <input type="checkbox"/> autre _____	
Exercice	Exercice – Décrire _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NOM (Nom de famille, Prénom, Autres) _____

Date de Naissance _____

SYMPTOMES CONSTITUTIONNELS

Mauvais état de Sante récemment	Oui	Non
Changement de poids récemment	Oui	Non
Fatigue	Oui	Non

YEUX

Maladie / blessure au niveau des yeux	Oui	Non
Lunettes/lentilles de contact	Oui	Non
Vision brouillée	Oui	Non
Vision double	Oui	Non

OREILLE/ NEZ/ BOUCHE/ GORGE

Perte d'audition/ Bourdonnement	Oui	Non
Maux d'oreille ou écoulement	Oui	Non
Problème de Sinus Chronique	Oui	Non
Saignement de Nez	Oui	Non
Plaies au niveau de la bouche	Oui	Non
Saignement au niveau des gencives	Oui	Non
Mauvaise haleine/ mauvais goût	Oui	Non
Mal de gorge	Oui	Non
Glandes enflées au niveau du cou	Oui	Non

CARDIOVASCULAIRE

Douleur à la poitrine/ angine	Oui	Non
Palpitations (Battement cardiaque irrégulier)	Oui	Non
Souffle court	Oui	Non
Gonflement (œdèmes) au niveau des pieds	Oui	Non

SYSTEME RESPIRATOIRE

Toux chronique/ fréquente	Oui	Non
Crache du sang en toussant	Oui	Non
Souffle court	Oui	Non
Respiration sifflante	Oui	Non

GASTRO-INTESTINAL

Perte d'appétit	Oui	Non
Changement au niveau des selles	Oui	Non
Nausée ou Vomissement	Oui	Non
Diarrhée fréquente	Oui	Non
Selles douloureuses/ Constipation	Oui	Non
Saignement rectal/ fesses	Oui	Non
Douleurs abdominales/ Brûlures d'estomac	Oui	Non

GENITO-URINAIRE

Urine fréquemment	Oui	Non
Brûlures /Miction (urine) douloureuse	Oui	Non
Sang dans l'urine	Oui	Non
Incontinence (mouille les sous-vêtements)/ Egouttement	Oui	Non
Calculs rénaux	Oui	Non
Problèmes sexuels	Oui	Non

MUSCULO-SQUELETTIQUE

Douleur Articulaire	Oui	Non
Raideur des articulations/ Gonflement	Oui	Non
Faiblesse des muscles	Oui	Non
Douleur musculaire/ Crampes	Oui	Non
Douleur au niveau du dos	Oui	Non
Froideur des mains ou doigts/ pieds ou orteils	Oui	Non

TEGUMENTS

Rougeur ou Démangeaisons	Oui	Non
Changement de la couleur de la peau	Oui	Non
Changement au niveau des cheveux ou des ongles	Oui	Non
Varice (dilatation des veines)	Oui	Non
Grains de beauté excessifs	Oui	Non
Exposition excessive au soleil	Oui	Non
Lésions ou plaies	Oui	Non

NEUROLOGIQUE

Maux de tête fréquents	Oui	Non
Etourdissement/ Vertiges	Oui	Non
Convulsions/ Crise d'épilepsie	Oui	Non
Engourdissement/ Picotement	Oui	Non
Tremblements	Oui	Non
Paralysie	Oui	Non
Blessure au niveau de la tête	Oui	Non

PSYCHIATRIQUE

Perte de la mémoire/ Confusion	Oui	Non
Nervosité / Anxiété	Oui	Non
Tristesse	Oui	Non
Insomnie/ Incapable de dormir	Oui	Non

SYSTEME ENDOCRINIEN

Problèmes de glande ou d'hormone	Oui	Non
Peau devient plus seche	Oui	Non
Soif ou Miction (urine) excessive	Oui	Non
Avoir trop froid/ Avoir trop chaud (bouffées de chaleur, etc.)	Oui	Non

HEMATOLOGIQUE/ LYMPHATIQUE

Guérison lente après coupures/ blessures	Oui	Non
Saignement/ A facilement des contusions	Oui	Non
Anémie	Oui	Non
Phlébite	Oui	Non
Transfusions sanguines passées	Oui	Non
Glandes élargies	Oui	Non

AUTRE

NOM (Nom de famille, Prénom, Autres) _____ **Date de Naissance** _____

HISTOIRE DE LA FAMILLE

	Problèmes de Santé	Age <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Décédé		Cause de la mort		Problèmes de Santé	Age <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Décédé		Cause de la mort
			Oui	Non					Oui	Non	
Père		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Mère		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratrie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratrie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratrie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-mère Maternelle		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratrie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-père Maternel		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratrie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-mère Paternel		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratrie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-père Paternel		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	

HOMMES SEULEMENT

Levez-vous habituellement pour uriner pendant la nuit ?	Si oui, # de fois _____	Oui	Non
Ressentez-vous une douleur ou une brûlure en urinant ?		Oui	Non
Du sang dans l'urine ?		Oui	Non
Ressentez-vous un écoulement brûlant au niveau du pénis ?		Oui	Non
Est-ce que la pression de votre urine a diminuée ?		Oui	Non
Avez-vous eu une infection du rein, de la vessie, ou de la prostate dans les 12 derniers mois ?		Oui	Non
Avez-vous des problèmes à vider complètement votre vessie ?		Oui	Non
Un problème d'érection ou d'éjaculation ?		Oui	Non
Une douleur ou gonflement des testicules ?		Oui	Non
Date du dernier examen rectal ou de la prostate ?		Oui	Non
Etes-vous sexuellement actif? Si oui, avec un Mâle/une Femelle/ les deux ?- S'il vous plaît, encerclez		Oui	Non
Avez-vous eu plus d'un/une partenaire sexuel au cours de l'année passée ?		Oui	Non

FEMMES SEULEMENT

Age à la première menstruation : _____ jours	Date des dernières menstrues : _____	vois ses menstrues chaque _____		
Dernier frottis cervical _____ Où ? _____	Dernière Mammographie _____	Dernier examen de la densité osseuse _____		
Nombre de grossesses _____	Nombre de naissances vivantes _____	Règles abondante, irrégularité, pertes légères, douleur, pertes blanches	Oui	Non
Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ?			Oui	Non
Avez-vous eu un D & C (Dilatation et Curetage), une hystérectomie, ou une césarienne ?			Oui	Non
Une infection de la voie urinaire, de la vessie, ou des reins au cours de la dernière année ?			Oui	Non
Du sang dans l'urine ?			Oui	Non
Des problèmes avec le contrôle de la miction (urine) ?			Oui	Non
Des bouffées de chaleur ou transpiration dans la nuit ?			Oui	Non
Avez-vous une tension menstruelle, douleur, ballonnement, irritabilité, ou autre symptômes pendant ou autour de la période des menstrues ?			Oui	Non
Avez-vous connu récemment une sensibilité, grosseur des seins, ou un écoulement du mamelon ?			Oui	Non
Écoulement vaginal			Oui	Non
Etes-vous sexuellement active ? Si oui avec un Male/ une Femelle/ les deux ?- s'il vous plaît encerclez			Oui	Non
Avez-vous eu plus d'un/une partenaire sexuel au cours de la dernière année ?			Oui	Non