

# Liste de vérification pour l'orientation des patientes présentant une douleur pelvienne

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Initiales :	Début de la douleur pelvienne (depuis combien d'années) :	Allergies à des médicaments :	Antécédents en matière de reproduction : G ___ P ___ A ___ L ___
Âge :	Éléments déclencheurs de la douleur pelvienne :		Antécédents familiaux d'endométriose : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Affections concomitantes :		Antécédents médicaux importants :	Autre :

EXAMEN PHYSIQUE ET ÉPREUVES DE LABORATOIRE	DATE	RÉSULTATS (le cas échéant)
Examen gynécologique (si active sexuellement)		
Test Pap (si active sexuellement)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Prélèvements vaginaux/cervicaux	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Analyse d'urine +/- cultures	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Autre	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

IMAGERIE DIAGNOSTIQUE (Veuillez annexer les résultats pertinents.)	
	Échographie transabdominale*
	Échographie transvaginale*
	Autre (par exemple, imagerie par résonance magnétique, tomographie assistée par ordinateur) Précisez : _____

RAPPORTS DE CONSULTATION ANTÉRIEURS (Veuillez annexer les lettres de consultations pertinentes.)	
	Gynécologue
	Autre (par exemple, urologue, psychiatre, neurologue, endocrinologue, gastroentérologue, chirurgien) Précisez : _____

\*À effectuer avant que la patiente soit dirigée vers un spécialiste.

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS (Veuillez remplir le tableau ci-dessous et annexer les résultats pertinents.)			
Traitement antérieur	Réponse	Durée de l'étude	Notes
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Contraceptifs oraux combinés, administrés de façon cyclique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Contraceptifs oraux combinés, administrés de façon continue	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Systèmes intra-utérins à libération de lévonorgestrel (SIU-LNG)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Progestatif par voie orale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Progestatif par voie intramusculaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Agoniste de la Gn-RH avec hormonothérapie adjuvante	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Danazol	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Lévonorgestrel	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

LAPAROSCOPIE ET (OU) CHIRURGIE ABDOMINALE/PELVIENNE ANTÉRIEURE (Veuillez annexer les notes ou les rapports de chirurgie.)		
Type d'intervention	Date de l'intervention	Notes ou rapports