



**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS**  
**POLE DIGESTIF - UROLOGIE – NEPHROLOGIE - ENDOCRINOLOGIE**

**Service Urologie – Andrologie**  
**Fiche de Consultation**

Afin de d'optimiser la prise en charge de votre problème médical, merci de compléter le questionnaire ci dessous et de le remettre au médecin. Ces données resteront confidentielles et soumises au secret médical.

**Nom et Prénom :**

**Date de naissance :** ...../...../.....**Age :**

**Date de la consultation :** ...../...../.....

**Qui vous a adressé à la consultation :**

**Nom de votre médecin traitant :**

**Quelle est la raison de votre visite aujourd'hui ?:**

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

Indiquez si vous êtes concerné par les problèmes médicaux suivants (si oui détaillez):

	Oui	Non		
Maladie pulmonaire				1
Infarctus du myocarde				1
Insuffisance cardiaque				1
Pathologie artérielle périphérique				1
Ulcère de l'estomac				1
Maladie du foie, hépatite				1/3
Diabète				1/2
Insuffisance rénale				2
Accident vasculaire cérébral				1/2
Troubles de la mémoire				1
Leucémie ou lymphome				2+2
Cancer				2/6
SIDA				6
Maladie génétique				
Tendance à saigner facilement				
Autres				
Autres				

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

Indiquez les différentes interventions que vous avez eu. (par exemple : pontage cardiaque, hernie, ablation de cancer, radiothérapie, hystérectomie, opérations de la prostate)

Intervention	Année ou date	Description

**TRAITEMENTS**

Indiquez les traitements que vous prenez actuellement :

Nom du médicament	Dose	Cp/j	Pourquoi prenez vous ce traitement

**Avez vous des allergies ?** oui  non  (si oui lesquelles, par exemple pénicilline, latex, xylocaïne, guêpes) :

## ENVIRONNEMENT

**Quel est votre statut marital :**     Célibataire     Marié/PACSé     Séparé/Divorcé     Veuf/Veuve

**Mode de vie :**     Vit en couple à domicile     Vit seul à domicile     Vit en institut

**Nombre d'enfants :**

**Retraité ?:**     Oui     Non

Profession(s) exercée(s) :

**Consommation d'alcool :**     Jamais     Occasionnel     Régulier : nombre moyen de verres par semaine :

**Consommation de tabac :**     Jamais     Ancien fumeur     Fumeur

Année de début :

Année de fin (éventuellement) :

Nombre moyen de cig/jour :

## ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER

**Indiquez si votre père, votre mère, vos frères et sœurs ou oncles et tantes ont eu des cancers :**

Lien de parenté	Type de cancer	Age auquel ce cancer a été révélé	Si décédé, âge et cause du décès

## EVALUATION DES SYMPTOMES

**Souffrez vous d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : (entourez oui ou non selon les cas et commentez)**

Symptôme		Commentaire		Commentaire
<b>Général</b>			<b>Abdomen</b>	
Perte d'appétit	Oui Non		Grossesse abdominale	Oui Non
Frissons	Oui Non		Douleur abdominale	Oui Non
Fièvre	Oui Non		Sang dans les selles	Oui Non
Perte de poids	Oui Non		Constipation	Oui Non
Fatigue	Oui Non		Nausées/vomissements	Oui Non
Soif excessive	Oui Non		<b>Urines/Mictions</b>	
Hématomes	Oui Non		Sang dans l'urine	Oui Non
Apparition de ganglions	Oui Non		Brûlures en urinant	Oui Non
<b>Poumons</b>			Douleurs de vessie	Oui Non
Toux	Oui Non		Douleur des reins	Oui Non
Essoufflement	Oui Non		Envies urgentes	Oui Non
<b>Cœur</b>			Envies fréquentes	Oui Non
Douleur de poitrine	Oui Non		Mictions la nuit	Oui Non
Œdème	Oui Non		Démarrage lent	Oui Non
Arythmie	Oui Non		Miction en deux fois	Oui Non
hypertension	Oui Non		Jet faible	Oui Non
<b>Squelette</b>			Fuites (incontinence)	Oui Non
Douleurs osseuse	Oui Non		<b>Organes masculins</b>	
Douleur dorsale	Oui Non		Problèmes d'érection	Oui Non
<b>Neurologique</b>			Ecoulements le matin	Oui Non
Vertiges	Oui Non		Douleurs dans la verge	Oui Non
Migraine	Oui Non		Douleurs testiculaire	Oui Non
Perte de conscience	Oui Non		Grossesse testiculaire	Oui Non
Tremblements	Oui Non		<b>Organes féminins</b>	
Troubles des sensation	Oui Non		Ménopause	Oui Non
Faiblesse musculaire	Oui Non		Cycle irrégulier	Oui Non
Diminution de vision	Oui Non		Douleurs lors des rapports sexuels	Oui Non
Anxiété/stress	Oui Non		Saignement du vagin	Oui Non
Dépression	Oui Non		Ecoulements du vagin	Oui Non
Baisse de libido	Oui Non		Descente d'organe	Oui Non

**Autres :**

