

CLINIQUE SPÉCIALISÉE D'HORMONOTHÉRAPIE - MÉNOPAUSE

Processus d'inscription

1. Répondre aux questions ci-dessous
2. Envoyer la demande par courriel à info@clinique-cmie.com ou par télécopieur au (579)-720-6850
3. Les rendez-vous seront donnés en fonction de la problématique

Projet de recherche clinique

Veillez noter que la clinique d'hormonothérapie du CMIE pourrait faire l'objet d'une étude clinique en règle avec les critères éthiques et dans le cadre d'un *living lab* (participation active à un programme de recherche clinique dont les observations personnalisées et anonymes serviront à faire progresser la médecine)

En préparation à la première rencontre

Avant la première rencontre, la patiente devra compléter le formulaire d'inscription ci-après qui sera révisé, avec elle, par l'infirmière responsable du projet durant la rencontre.

Elle devra également apporter les documents suivants :

- Liste de médicaments
- Dernier rapport de mammographie
- Rapports d'autres tests diagnostiques pertinents
- Référence du médecin traitant ou de l'organisme référant si tel est le cas

La prise en charge et suivi

Le programme inclut une première évaluation clinique personnalisée avec l'infirmière spécialisée ou encore avec le médecin selon la complexité du cas. Vous bénéficierez d'un bilan sanguin ainsi que plusieurs visites de suivi afin de s'assurer que le traitement proposé convient et soit optimal pour votre santé.

Chaque patiente sera évaluée en fonction des facteurs de risque existants et un plan de traitement sur-mesure sera proposé en considérant les besoins, les attentes et les bienfaits escomptés.

Les rendez-vous de suivi seront donnés et devront être respectés. Il pourrait y avoir des coûts rattachés au non-respect des rendez-vous sans avis d'empêchement ou d'annulation.



FORMULAIRE D'INSCRIPTION À LA CLINIQUE SPÉCIALISÉE D'HORMONOTHÉRAPIE - MÉNOPAUSE

Coordonnées de la patiente

Prénom et nom :

Adresse complète :

Téléphone :

Adresse courriel :

Date de naissance :

Numéro RAMQ :

Informations complémentaires

Médecin de famille :

Téléphone MD :

Enfants :

Profession :

Alcool :

Tabac :

Drogue :

Diagnostic ou condition

Quels sont les motifs de votre consultation (plaintes majeures)?

Quels sont vos antécédents médicaux?

Quels sont vos antécédents chirurgicaux gynécologiques?

Si vous avez encore vos cycles menstruels, inscrire le jour 1 des 6 derniers cycles :

Cycle 1 :	_____	Cycle 2 :	_____
Cycle 3 :	_____	Cycle 4 :	_____
Cycle 5 :	_____	Cycle 6 :	_____

Symptômes

Fatigue :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Insomnie :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Bouffées de chaleurs ou suees nocturnes :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Déprimée :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Saute d'humeur / irritabilité :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Manque d'énergie :	Oui	Non	Si Oui, depuis quand?	_____
Faiblesses, étourdissements, palpitations :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Diminution de l'endurance à l'effort :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Baisse de libido :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Sècheresse vaginale :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Menstruations irrégulières :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	_____
Autres (précisez) :	_____			