

## CLINIQUE SPÉCIALISÉE D'HORMONOTHÉRAPIE - ANDROPAUSE

### Processus d'inscription

---

1. Répondre aux questions ci-dessous
2. Envoyer la demande par courriel à [info@clinique-cmie.com](mailto: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, le patient devra compléter le formulaire d'inscription ci-après qui sera révisé, avec lui, par l'infirmière responsable du projet durant la rencontre.

Il devra également apporter les documents suivants :

- Liste de médicaments
- Rapports des 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 patient sera évalué 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 - ANDROPAUSE

### Coordonnées du patient

---

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 urologiques?

---



---

## Symptômes

Fatigue :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Insomnie :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Bouffées de chaleurs ou suées nocturnes :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Déprimé :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Saute d'humeur / irritabilité :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Manque d'énergie :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Faiblesses, étourdissements, palpitations :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Diminution de l'endurance à l'effort :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Baisse de la libido :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Difficultés à uriner :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Troubles érectiles :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Diminution de la masse musculaire :	Oui	Non	Si oui, depuis quand?	<hr/>
Autres (précisez) :				<hr/>