REUNION CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Date:

Médecin réalisant la demande:

Médecins Présents:

Identité

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Antécédents

Médicaux:

- Poids:
- Taille:
- IMC:

Chirurgicaux:

-
-

Gynéco-obstétricaux: G P

Infertilité oui non

- Primaire: / secondaire:
- durée:
- Evaluation réserve ovarienne :
 - AMH en ng/L :
 - CFA :
- Spermogramme: normal • anormal •
- Autres:

Histoire de la maladie

Examen clinique

- Dysménorrhées : oui non
 - EVA :
 - Malaises : absentéisme
- Douleurs chroniques : oui non
- Dyspareunies : oui non
 - Arrêt des rapports
- Signes fonctionnels digestifs : oui non
 - Diarrhées /constipation
 - Ballonnements
 - Dyschésies
 - Rectorragies
- Signes fonctionnels urinaires : oui non
 - Dysurie
 - Hématurie
 - Autres :
- SPECULUM :
- TV :

Imagerie

- Echographie :

- IRM :

- Autres examens :

-

Traitement médical : oui non

Lequel :

Avis staff

- Motif de la demande :
- Relecture IRM :

- **AVIS**: