	Non	Oui	Si OUI, quand? mois / année
2. Avez-vous été admise dans un hôpital (pour au moins une nuit) depuis notre dernier contact en (mois/année)?	☐	☐	_____ / _____
Si OUI: Etait ce un séjour planifié ?	☐	☐	

Quelle était la raison de l'hospitalisation ? _____

_____

3. Avez-vous eu une mammographie depuis que nous vous avons contactée en (mois/année) ?

Oui ☐ Quand ? _____ /_____
Mois année

Non ☐

4. Avez-vous utilisé un des médicaments suivants depuis notre dernier contact en (mois/année) ?

Intrinsa ☐ Traitement THS ☐ Non ☐ → Allez en question 5

↓ ↓

Merci d'indiquer toutes les périodes d'utilisation (mois/année) et les noms des marques utilisées depuis notre dernier contact en (mois/année) ?

Depuis mois/année	Jusqu'à mois/année	Marque du médicament	Raison du changement ou de l'arrêt
_____ / _____	_____ / _____	_____	_____
_____ / _____	_____ / _____	_____	_____
_____ / _____	_____ / _____	_____	_____
_____ / _____	_____ / _____	_____	_____

5. Suivez-vous régulièrement d'autres prescriptions de médicaments depuis notre dernier contact en (mois/année) ?

Oui ☐ Non ☐ → Allez à la question 7

6. Quels médicaments utilisez-vous de façon régulière? **(Merci d'indiquer les noms des marques)**

_____

_____

_____

7. Quel est votre poids actuel ? _____ **kgs**

8. Date à laquelle ce questionnaire a été rempli: _____/_____/_____ **(jour/mois/année)**

Merci beaucoup de votre aide ! Veuillez lire s'il vous plait la feuille suivante !