Dr Karine CHARRIN-PAYET

68 avenue des frères LUMIERE

69008 LYON

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom :.....Prénom.....

Nom de jeune fille.....Date de naissance.....

Adresse.....
.....

Téléphone.....

Mail.....

Antécédents TABAC NON OUI

Vos grossesses

Année	Issue (naissance fausse couche IMG...)	Mode d'accouchement	Sexe	Poids de naissance	Santé de l'enfant

Vos antécédents gynécologiques

.....
.....

Vos opérations chirurgicales

.....
.....
.....

Vos maladies, allergies ou traitements

.....

.....

Vos familles (handicap, maladie génétique, malformation dans votre famille ou celle de votre mari)

.....