

**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:**