



## Questionnaire

Préparez votre rendez-vous avec votre gynécologue à l'aide de notre questionnaire. Téléchargez, imprimez et répondez au questionnaire ci-dessous. Il aidera votre gynécologue à évaluer vos règles abondantes.



### Vos règles sont-elles régulières ?

- Mes règles arrivent au même moment chaque mois
- La durée de mon cycle varie légèrement d'un mois à l'autre
- La durée de mon cycle n'est jamais la même

### Vous arrive-t-il de saigner entre vos périodes de règles ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

### À quand remontent vos dernières règles ?

### Vos règles durent-elles 7 jours ou plus à chaque cycle ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais



**Combien de fois par jour devez-vous changer de protection ?**

- Moins de 5 fois par jour
- 5 fois par jour en moyenne
- Plus de 5 fois par jour

**Avez-vous besoin de vous changer la nuit ou de mettre plusieurs protections simultanées ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Utilisez-vous souvent une double protection (tampon et serviette simultanément) ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Devez-vous changer de tampon ou serviette toutes les 2 heures ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Sur une échelle de 1 à 10, à combien estimeriez-vous votre niveau de douleur pendant vos règles ?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Vos règles contiennent-elles des caillots dont la taille est supérieure à une pièce de 1 euro ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais



**Vos règles abondantes affectent-elles votre vie sociale, sexuelle ou activités sportives ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Vous est-il déjà arrivé de vous absenter de votre travail à cause de saignements utérins abondants ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Évitez-vous de voyager ou de sortir de chez vous durant vos règles en raison de saignements abondants ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Décrivez votre humeur pendant vos règles.**

**Avez-vous peur de la fuite pendant vos règles ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Prévoyez-vous souvent des vêtements de rechange pendant vos règles de peur de la fuite ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais



**Vous sentez-vous régulièrement fatiguée ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

**Y a-t-il des antécédents de troubles hémorragiques/troubles de la coagulation dans votre famille ?**

- Oui
- Non

**Vos règles ont-elles évolué durant ces derniers mois ? Si oui, comment ?**