



Nom :

date de naissance :

Prénom :

QUESTIONNAIRE (à rapporter le jour de l'examen)

Nombre de grossesses :

Nombre d'enfants :

Y a-t-il des antécédents de cancer dans la famille ? **Oui** **non**

Si oui, quel lien de parenté ?

Etes-vous ménopausée ? **Oui** **non**

Si non,

Date des dernières règles :

Prenez-vous un traitement hormonal ? **Oui** **non**

Si oui, lesquels :