



Französisch/Français

11. Gynäkologische Beschwerden - Problèmes gynécologiques

DEUTSCH

FRANÇAIS

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

DEPUIS QUAND AVEZ VOUS CES PROBLEMES?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Veillez cocher les cases correspondantes.

ein paar Stunden

Quelques heures

1 Tag

1 jour

2 bis 6 Tage

De 2 à 6 jours

über 1 Woche

Plus d'une semaine

1 Monat

1 Mois

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur
Zeit zutrifft.

*Veillez cocher la/ les case(s) qui vous concerne
en ce moment.*

JA/

NEIN/

OUI

NON

Beschwerden oder Schwierigkeiten
beim Stuhlgang

*Plaintes ou difficultés à déféquer
(aller au toilette)*

Beschwerden oder Schwierigkeiten
beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?

*Gêne ou difficulté à uriner. Si oui,
lesquels?*

Brennen beim Wasserlassen.

Brûlure en urinant.

Wasserlassen nicht möglich

La miction n'est pas possible

Urin rot/blutig

Urine rouge / sanglante

allgemeine Menstruationsbeschwerden

problèmes menstruels généraux

Menstruationsblutung mit Schmerzen

*Saignements menstruels avec
douleur*

Probleme beim Stillen des Kindes

Problèmes en allaitant

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

*Douleurs pendant les rapports
sexuels*

Schmerzen der Brüste

Douleurs des seins

Knoten in der Brust

*Des nœuds/boules dans la
poitrine*



Ausfluss aus der Brustwarze	<i>Écoulement des mamelons</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginaler Ausfluss	<i>Écoulement vaginal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?	Si oui, comment est l'écoulement vaginal?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Veillez cocher la case appropriée.		
<input type="checkbox"/> gelb	jaune		
<input type="checkbox"/> blutig	sanglant		
<input type="checkbox"/> übelriechend	malodorant		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	C'était quand le premier jour de vos dernières règles?		
<input type="checkbox"/> heute	aujourd'hui		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	Il y a 1 à 5 jours		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	dans les 3 dernières semaines		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	il y a plus d'un mois		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	il y a plus de 6 mois		
<input type="checkbox"/> noch nie	jamais		
		Ja/oui	Nein/ non
vaginaler Juckreiz oder Brennen	démangeaisons ou brûlures vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	Je suis en ménopause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	<i>J'ai déjà eu la ménopause.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	Y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	Avez-vous des rapports sexuels sur une base régulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	<i>Je n'ai jamais eu de rapports sexuels.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	<i>Est-ce que vous vous protégez lors des rapports sexuels ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Si oui:		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	Hormonale (par exemple, pilule anti-bébé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<i>Est-ce que vous avez un cycle</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<i>menstruel régulier ?</i>		
Waren Sie schon einmal schwanger?	<i>Etiez-vous déjà enceinte ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	<i>Avez-vous des enfants ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□	Si oui, combien? Veuillez indiquer dans les cases le nombre de vos enfants avec des croix. □□□□□□□□□□□□□□□□		
Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	<i>Est-ce que vous avez déjà eu des complications lors de vos accouchements ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	<i>Avez-vous déjà subi un avortement médical ou chirurgical?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?	<i>Avez-vous déjà perdu un bébé pendant la grossesse?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?	COMMENT AVEZ VOUS ACCOUCHÉ ?		
<input type="checkbox"/> normal	<i>Par voie normale</i>		
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	<i>Par césarienne</i>		
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	<i>Quels âges ont vos enfants ? si vous en avez plusieurs vous pouvez cocher plusieurs cases à la fois.</i>		
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	<i>Moins d'un an</i>		
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	<i>Entre 1 et 3 ans</i>		
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	<i>Plus de 3 ans</i>		
Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.	<i>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale sur l'un des organes suivants? Si oui, veuillez cocher.</i>		
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<i>utérus</i>		
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	<i>ovaires</i>		
<input type="checkbox"/> Brüste	<i>seins</i>		
<input type="checkbox"/> Darm	<i>intestin</i>		
<input type="checkbox"/> Blinddarm	<i>appendice</i>		
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<i>vésicule biliaire</i>		
<input type="checkbox"/> anderes Bauchorgan	<i>autres organes abdominaux</i>		
Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden	<i>Une ou plusieurs des maladies suivantes sont-elles connues dans votre famille? Veuillez</i>		



- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | 0 |
| <input type="checkbox"/> Rhesus positiv | <i>Récessus +</i> |
| <input type="checkbox"/> Rhesus negativ | <i>Récessus -</i> |