

Année :

Mois :

## Suivi du cycle menstruel

☐ Pas de règles  ☐ Cycle long 

[illegible]

**Contexte hormonal particulier :**

- ☐ Contraception hormonale en cours (ou arrêt 1 an)
 ☐ Grossesse (1 an)
- ☐ Pilule
 ☐ Allaitement (1 an)
- ☐ Implant / Patch / Anneau vaginal
 ☐ Interruption prématurée de grossesse (6 mois)
- ☐ DIU (stérilet) > ☐ Hormonal ou ☐ Cuivre
 ☐ Préménopause / Ménopause (10 ans avant)

 Est-ce que j'ai des signes d'ovulation ? ☐ Non ☐ Oui

**Code pour remplir le tableau**

0 Neutre (ni oui, ni non) +/- Oui et Non  
+ Oui - Non  
++ OUI - - NON  
+++ OUI beaucoup - - - NON pas du tout

