

Liste de verification de suivi

Date:

Nom du patient:

Date de naissance:

Visite de suivi:

- Satisfaction: _____
- Saignement: _____
- Douleurs et crampes : _____
- Effets de la progestin: _____
- Dyspareunie: _____
- Préoccupations des partenaires: _____
- Autres: _____

Vérification des fils: Visibles/ Non-visibles

Plan:

- Décharge
Remplacement dans _____ années
- Observation
- Ultrason
- Autres: _____