



MON CARNET

DE SUIVI

ENDOMÉTRIOSE

Tout noter

POUR MIEUX S'ORGANISER

UN OUTIL

L'association Endo Espoir Océan Indien a conçu, élaboré et pensé ce carnet de suivi.

Créée en 2018, cette association collabore étroitement avec des organismes et des groupes de femmes atteintes d'endométriose dans le but d'apporter soutien, informations et orientation aux femmes et jeunes filles touchées par cette maladie ainsi qu'à leur entourage.

L'endométriose est de plus en plus souvent évoquée et discutée ces dernières années. Il est essentiel de continuer à développer des stratégies de sensibilisation et d'accompagnement.

Ce carnet, distribué sans frais dans des établissements médicaux, est un moyen de regrouper diverses informations relatives à votre suivi médical.

Nous souhaitons que ce carnet vous offre une organisation efficace et une communication simplifiée de vos informations aux professionnels de la santé.



N'hésitez pas à ranger vos documents papiers dans la pochette jointe à ce carnet.

SOMMAIRE

La patiente	4
L'Endométriose	5-6
Comprendre les examens	7-8
Mes rendez-vous médicaux	9-13
Mes symptômes	14-24
Mes traitements	25-30
Mes passages aux urgences	31-34
Liste de mes praticiens	35-37
Les professionnels et associations qui peuvent m'aider	38
Thérapies douces	39
Mes prises de notes	40-42

LA PATIENTE

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance: / /

Numéro de téléphone:

Adresse mail:

Adresse postale:

Médecin traitant:



Mon Espace Santé:

Scannez le QR Code pour découvrir Mon Espace Santé, un espace numérique pour conserver et partager en sécurité vos données de santé avec les professionnels de votre choix.

L'ENDOMÉTRIOSE

L'Endométriose est une pathologie chronique qui affecte à ce jour 1 femme sur 10.

Elle est liée à la présence de tissu semblable à de l'Endomètre dans des zones anormales.

Cette maladie, à travers ses symptômes, peut nuire à l'autonomie et au bien-être de la patiente. Il est crucial de réduire le temps de diagnostic pour instaurer une surveillance appropriée.



SYMPTÔMES

Le symptôme le plus fréquemment mentionné est la douleur éprouvée durant les menstruations.

Selon les lésions qu'elle provoque, l'endométriose peut entraîner d'autres symptômes tels que :

troubles digestifs (diarrhées, constipations ...), troubles urinaires, douleur lombaires, douleurs urinaires, fatigue chronique, douleurs pendant les rapports sexuels, troubles de la fertilité, ... (liste non exhaustive).

En présence de plusieurs atteintes, il est essentiel d'assurer un suivi multidisciplinaire afin de gérer tous les aspects de la maladie de manière optimale.



ON RENCONTRE DES FORMES D'ENDOMÉTRIOSE QUI NE PRÉSENTENT PAS DE SYMPTÔMES.

“Le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic de la maladie est estimé à 7 ans, en moyenne. Pour améliorer la prise en charge des patientes ayant une endométriose et limiter l'impact de la maladie sur leur qualité de vie, il est essentiel de réduire ce délai de diagnostic.

Source: ComPaRe

LES EXAMENS

Plusieurs examens permettent de mettre la pathologie en évidence: (voir rubrique page 7-8)

- L'échographie pelvienne par un radiologue référent & examen clinique
- IRM (imagerie par résonance magnétique) par un radiologue référent
- d'autres examens supplémentaires peuvent vous être proposés en fonction de la spécificité de votre Endométriose

LES TRAITEMENTS

À l'heure actuelle, l'endométriose est une maladie qui ne peut être guérie, elle peut selon les patientes se mettre en sommeil lors de la ménopause. Toutefois, un accompagnement multidisciplinaire approprié peut contribuer à maintenir la qualité de vie de la patiente dans la mesure du possible. Les traitements couramment recommandés pour l'endométriose comprennent :

- Les pilules ainsi que les stérilets hormonaux
- Les analogues de la gonadolibérine (GnRH) (max 1 an)
- Une prise en charge de la douleur adaptée selon chaque patientes (Centre Antidouleur)
- Dans certains cas la prise en charge chirurgicale peut permettre une amélioration de la qualité de vie

LA CAUSE DE L'ENDOMETRIOSE N'EST PAS ENCORE CONNUE

COMPRENDRE LES EXAMENS

ECHOGRAPHIE PELVIENNE/ENDO-VAGINALE

Examen d'imagerie, basé sur l'utilisation des ultrasons, qui offre la possibilité d'observer les organes internes. Pour obtenir des détails supplémentaires, on réalise une échographie endo-vaginale ou endo-pelvienne en insérant une sonde dans le vagin. Ce test, généralement sans douleur, est principalement bénéfique pour détecter l'existence de kystes à l'ovaire. D'autres lésions peuvent passer inaperçues si l'examen n'est pas pratiqué par un praticien référent.



IMAGERIE PAR RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE



Méthode d'imagerie par résonance magnétique qui permet d'obtenir des images en deux ou trois dimensions. Cette évaluation fournit une visualisation détaillée des tissus « mous », comme les organes internes. Pour l'endométriose, l'IRM est utilisée pour identifier les kystes, les nodules ou les lésions.

Elle est employée notamment pour valider et préciser les résultats obtenus par une échographie endo-vaginale en mettant en évidence d'autres anomalies précédemment non identifiées.

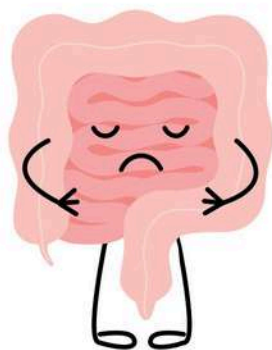
HYFOSY OU HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

L'hystérosalpingographie est un examen de l'utérus et des trompes, utilisant les rayons X et réalisé après l'insertion d'un liquide opaque dans le col de l'utérus par une sonde finement introduite. L'hystérogographie est donc un moyen de détecter les anomalies utérines, les transformations de la cavité utérine dues à des adhérences ou l'obstruction des trompes. Bien que cet examen joue un rôle crucial dans l'investigation de l'infertilité, il n'est pas recommandé en tant que première démarche pour diagnostiquer l'endométriose, mais s'inscrit plutôt dans le bilan de fertilité.



L'hyfosalpingographie est une échographie endovaginale avec un produit de contraste. L'examen est prouvé moins douloureux pour les patientes.

ECHOGRAPHIE ENDORECTALE



La réalisation d'une échographie pelvienne s'effectue grâce à une sonde fine insérée dans le rectum. Cette évaluation est destinée à l'étude des atteintes d'endométriose profonde susceptibles d'affecter le rectum, pouvant aller jusqu'à 25 cm au-dessus de l'anus. Il s'agit donc d'un examen additionnel qui viendra s'ajouter à l'IRM.

RECTO SONOGRAPHIE

Echographie par voie vaginale réalisée en même temps qu'on instille doucement de l'eau au niveau du rectum. Examen très bien toléré en général.

COLOSCANNER À L'AIR, COLOSCOPIE VIRTUELLE, UROSCANNER

Les tomographies par ordinateur, qui permettent une analyse détaillée de l'intégralité du rectum et du côlon, ou des uretères dans le cas de certaines formes graves d'endométriose profonde. C'est également un test supplémentaire qui s'ajoute à l'IRM.



CŒLIOSCOPIE (OU LAPAROSCOPIE)

Procédure chirurgicale peu invasive, consacrée au diagnostic ou à l'acte chirurgical lui-même. Elle implique l'insertion d'une petite caméra par le biais du nombril, ainsi que de divers outils à travers des coupures de 5 à 10 mm. Elle offre la possibilité d'observer directement les lésions, de collecter des échantillons pour confirmer le diagnostic et d'effectuer des opérations chirurgicales curatives particulièrement complexes. Toutefois, les recommandations actuelles pour la pratique clinique de l'endométriose ne préconisent pas la cœlioscopie à visée diagnostique. Elle doit être considérée uniquement si elle est liée à une intervention chirurgicale justifiée.

Ton témoignage

Tu peux partager ton
expérience anonymement ou
non à
endoespoir.oi@gmail.com



MES RDV MÉDICAUX

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

Date: / /

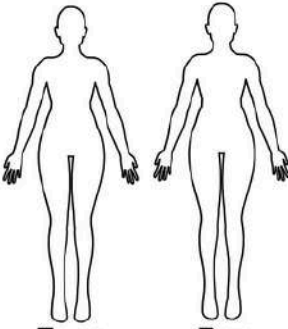
Nom du praticien:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Type de rdv:

MES SYMPTÔMES



Face Dos

Du: / / Au: / /

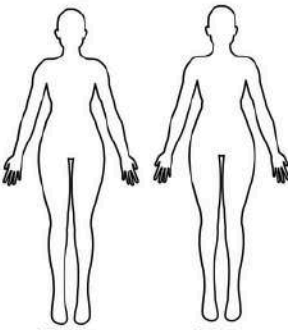
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Face Dos

Du: / / Au: / /

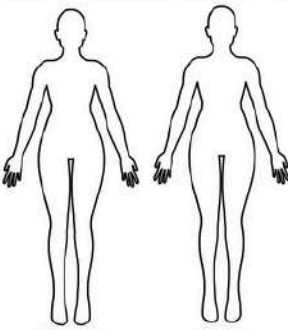
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Face Dos

Du: / / Au: / /

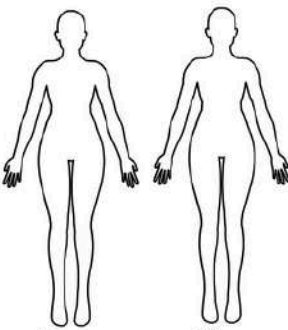
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Face Dos

Du: / / Au: / /

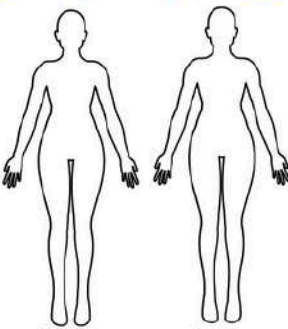
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Face Dos

Du: / / Au: / /

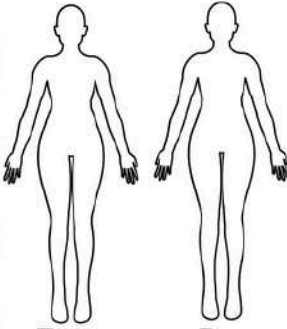
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

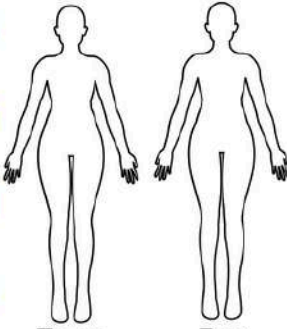
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

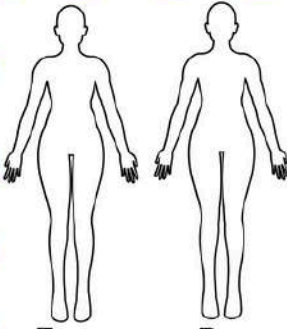
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

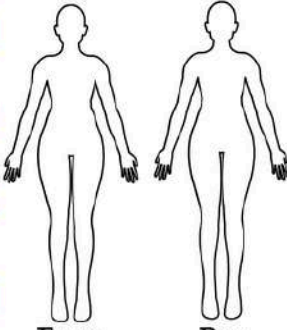
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

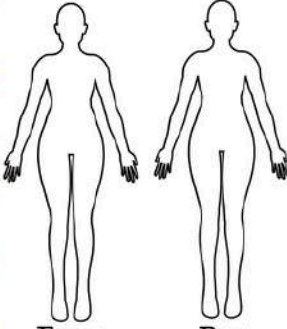
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

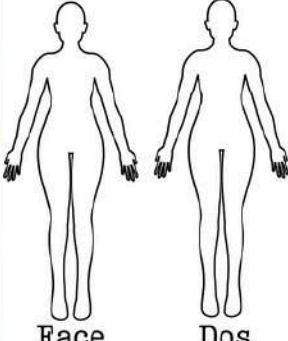
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

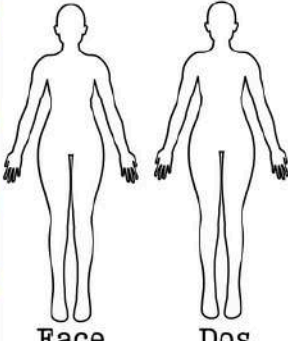
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

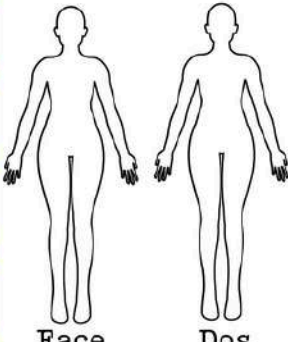
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

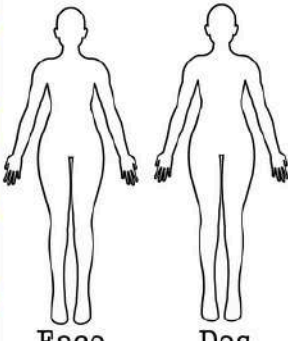
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

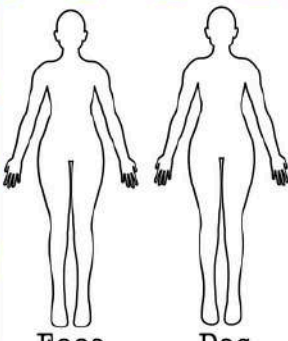
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

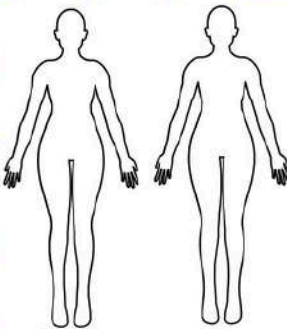
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

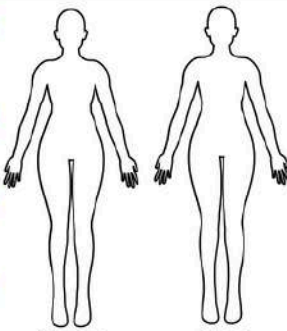
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

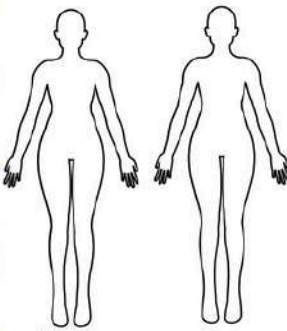
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

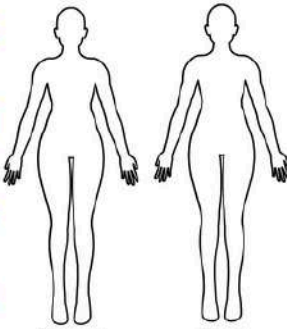
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

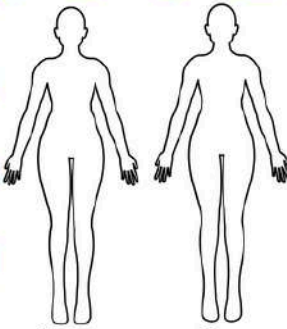
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

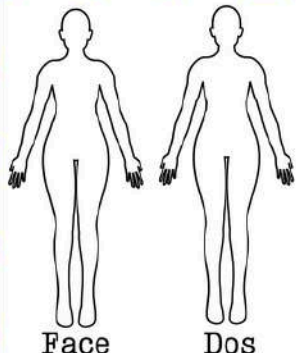
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

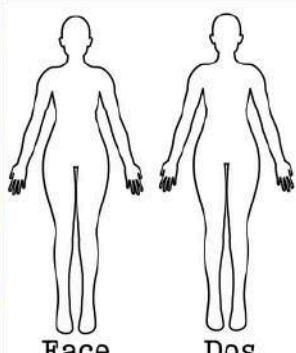
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

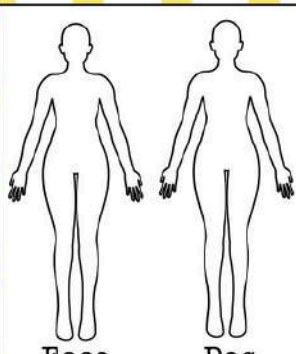
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

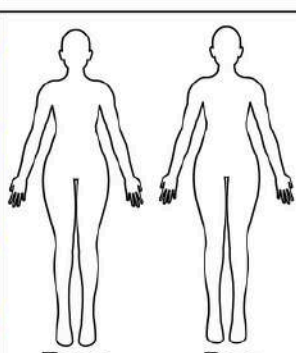
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

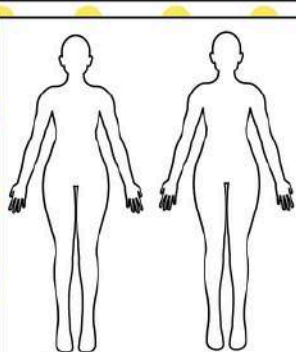
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

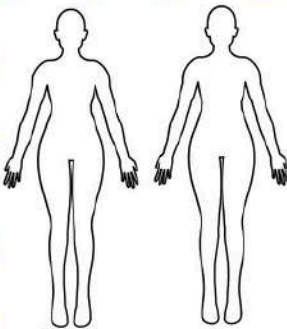
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

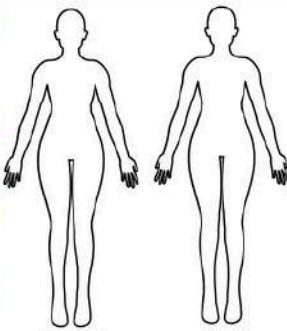
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

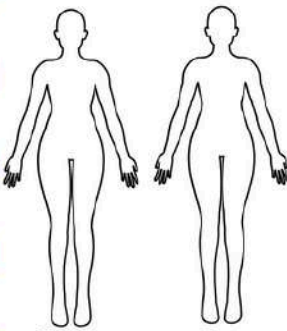
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

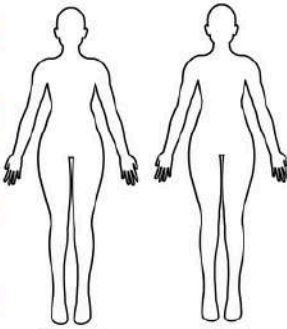
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

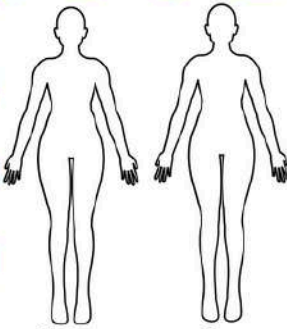
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

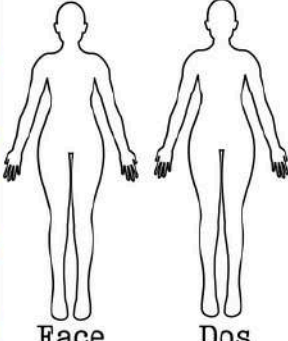
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

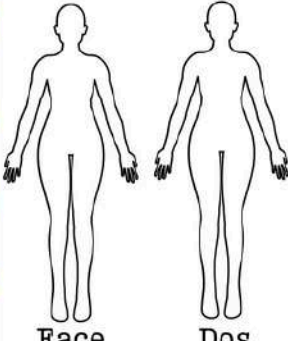
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

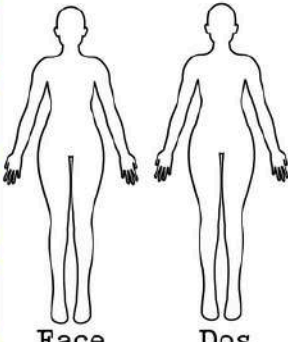
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

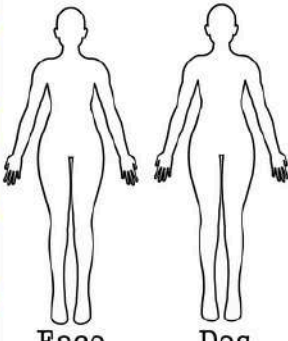
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

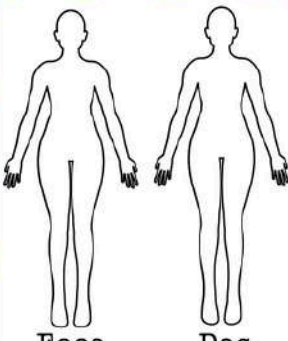
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

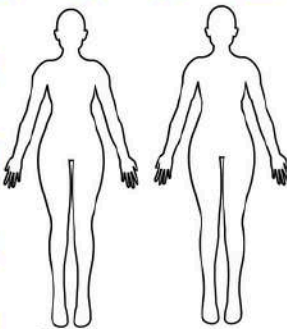
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

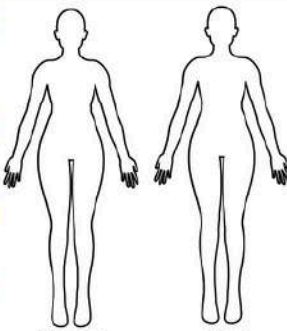
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

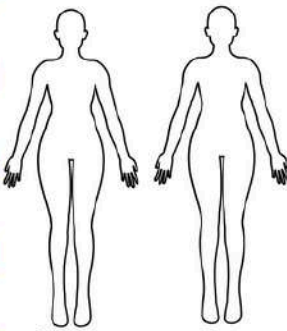
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

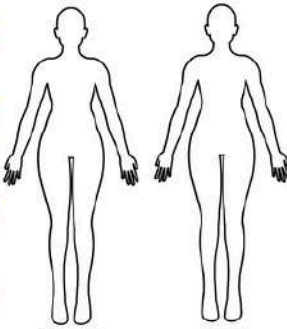
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

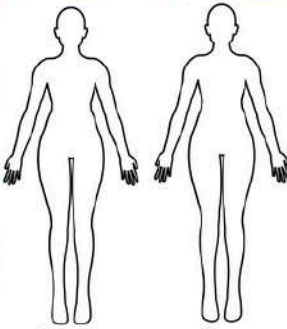
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

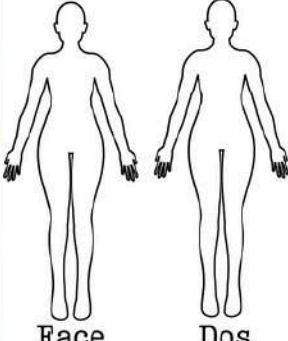
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

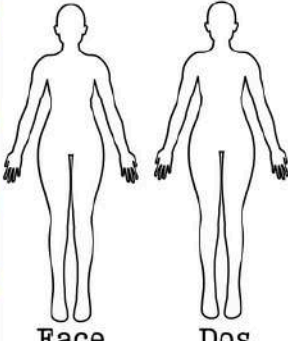
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

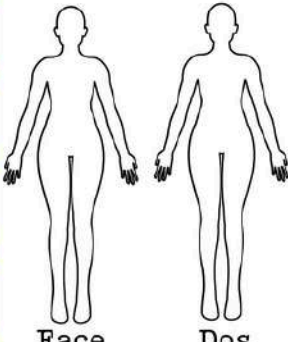
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

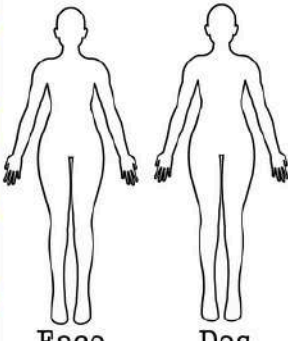
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

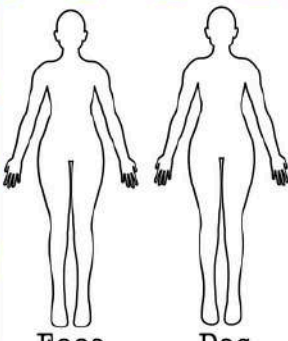
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

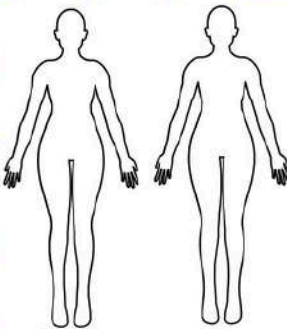
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

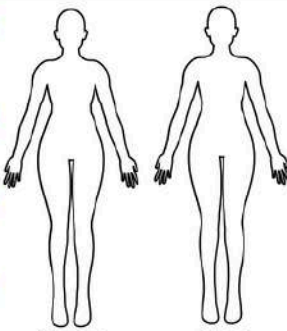
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

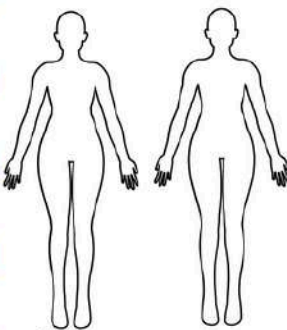
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

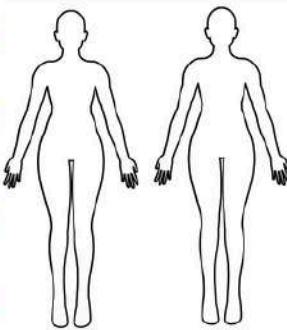
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

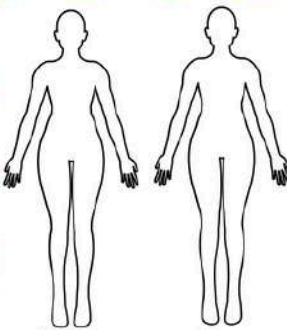
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

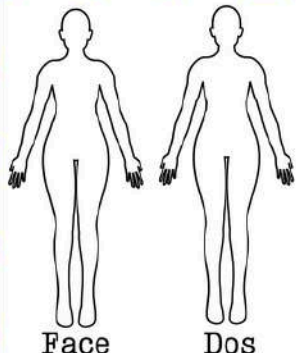
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

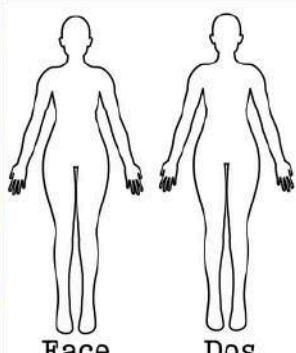
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

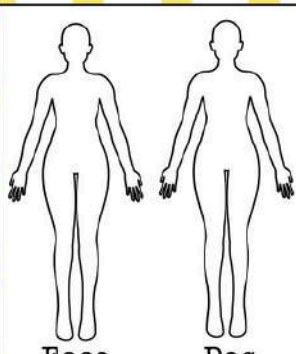
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

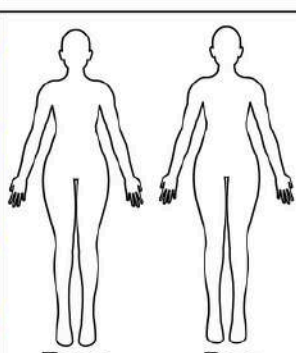
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

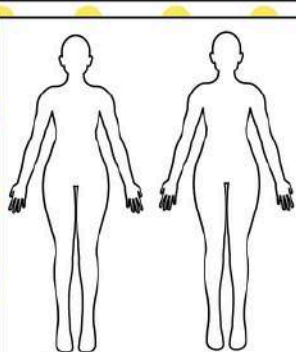
Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):



Du: / / Au: / /

Douleur de 1 à 10

Observations:

Soulagée par un/des traitement(s):

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s):

MES TRAITEMENTS

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Du: / /

Au: / /

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Il est important d'être actrice de son parcours de soin, n'hésitez pas à poser des questions concernant vos traitements. (Une rubrique prise de note se trouve à la fin de ce carnet)



Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
Du: / / Au: / / Posologie: _____
Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
 Du: / / Au: / / Posologie: _____
 Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
 Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
 Du: / / Au: / / Posologie: _____
 Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
 Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
 Du: / / Au: / / Posologie: _____
 Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
 Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
 Du: / / Au: / / Posologie: _____
 Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
 Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom: _____ Prescripteur: _____
 Du: / / Au: / / Posologie: _____
 Forme: ☐ Comprimés ☐ Gouttes ☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir
☐ Gélules ☐ Injection(s) Repas: _____
☐ Ampoules ☐ Liquide ☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après
 Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

Nom:

Du: / /

Au: / /

Prescripteur:

Posologie:

Forme:

☐ Comprimés

☐ Gouttes

☐ Matin

☐ Midi

☐ Soir

☐ Gélules

☐ Injection(s)

Repas:

☐ Ampoules

☐ Liquide

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Allergie constatée pendant le traitement: OUI / NON

MES PASSAGES AUX URGENCES

Entrée: / / Sortie: / /

Nom du praticien:

Lieu:

Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /

Nom du praticien:

Lieu:

Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /

Nom du praticien:

Lieu:

Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /

Nom du praticien:

Lieu:

Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /

Nom du praticien:

Lieu:

Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

Entrée: / / Sortie: / /
Nom du praticien:
Lieu:
Observations: _____

LISTE DE MES PRATICIENS

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

LISTE DE MES PRATICIENS

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

Nom du praticien:

Spécialité:

Tél du cabinet médical: / / / /

Mail du cabinet médical:

EndoRéunion Filière Endométriose
à la Réunion



endoreunion@chu-reunion.fr



Endo Espoir Océan Indien

Association de patientes



endoespoir.oi@gmail.com



ASETIS

Association de prévention de santé sexuelle



accueil@asetis.re



EndoFrance

Association de patientes agréée par le ministère



• contact@endofrance.org



EndoMind

Association de patientes agréée par le ministère



contact@endomind.org



Mon Endométriose ma

Souffrance Réunion

Association de patientes



endometriosemems974@gmail.com



Centre antidouleur CHU & CHOR

La demande de prise en charge doit être demandée par un médecin

**Centre antidouleur
clinique des Orchidées**

**Centre algologie clinique
de Sainte Clotilde**



AUTRES MÉTHODES

Kinésithérapie Périnéale

Naturopathie

Ostéopathie

Hirudothérapie

Art thérapie

Luminothérapie

Cryothérapie

Diététique

Algologie

Education menstruelle

Yoga

Acupuncture

Thermalisme

Aromathérapie

EMDR

Balnéothérapie

Thaï Chi

Reiki

Chiropractie

Etiopathie

et autres,

Ces prises en charge ne doivent en aucun cas remplacer un traitement médical supervisé. Il est toujours conseillé de consulter en priorité votre praticien.

MES PRISES DE NOTES

[illegible]

Lined paper template with horizontal ruling lines.

Nous souhaitons exprimer notre gratitude à toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce magnifique projet. Ce livret a été financé par l'Agence Régionale de la Santé de La Réunion, ce qui donne la possibilité à 2000 patientes d'en profiter initialement sans frais.

N'hésitez pas à remplir le questionnaire mentionné en bas de page pour nous donner votre opinion et contribuer à notre perfectionnement afin de vous offrir un support plus approprié à vos besoins lors de la prochaine publication.

Nous exprimons notre gratitude à toutes les personnes qui soutiennent quotidiennement les patientes. La maladie peut toucher de nombreux aspects de la vie quotidienne, et bénéficier d'un accompagnement bienveillant est crucial pour une meilleure qualité de vie malgré l'Endométriose.

Bravo à l'imprimerie MACLEN qui a réussi à concrétiser ce concept grâce à un professionnalisme inégalé. Une écoute attentive et une compétence qui vous donne accès à un support de qualité supérieure.

Merci également au Docteur Camille Pestre gynécologue membre de la coordination du centre EndoRéunion pour son aide et ses relectures.

Anastasia Lenepveu
Présidente de l'association &
créatrice graphique du livret



