

**Date. :**

**Médecin qui adresse :**

**DEMANDE DE RDV DE CONSULTATION ENDOMETRIOSE**

**Madame :**

**née le :**

**Adresse postale :**

**Téléphone :**

**Adresse mail :**

**SYMPTOME PRINCIPAL :**

**ATCD :**

**Médicaux :**

**Chirurgicaux :**

**Obstétricaux :**

**A JOINDRE/**

**LES EXAMENS REALISES**

**IMAGERIE SI DEJA REALISE:**

**ECHOGRAPHIE**

**IRM**