



QUESTIONNAIRE FERTILITÉ

Nécessaire à compléter et à délivrer dès que possible.

Si les questions relatives à la fertilité ne vous concernent pas, vous pouvez les ignorer.

LES DONNÉES PERSONNELLES DE LA FEMME QUI SOUHAITE DEVENIR ENCEINTE

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

Adresse:

Code postal:

Commune:

Pays:

Langue:

Tél.:

GSM:

E-mail:

Profession:

DONNÉES PERSONNELLES DU PARTENAIRE

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Code postal:

Commune:

Pays:

Langue:

Tél.:

GSM:

E-mail:

Profession:



LES ANTÉCÉDENTS DE LA FEMME QUI SOUHAITE DEVENIR ENCEINTE

Souhaiter des enfants depuis?

Durée de votre relation?

Êtes-vous marié(e) ou cohabitant?

Groupe sanguin:(La carte de groupe sanguin vous sera demandée lors des consultations.)

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Y a-t-il des personnes dans votre famille qui ont:	Non	Oui	Si oui, précisez:
Anomalies congénitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies héréditaires connues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de l'ovaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endométriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de thyroïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes psychologiques (dépression, schizophrénie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres éléments non mentionnés ci-dessus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous déjà été gravement malade ? non oui

Si oui, indiquez le nom de la maladie et si vous êtes actuellement suivi par un médecin pour cette maladie:

.....

Avez-vous déjà souffert de dépression ou pris des antidépresseurs ? non oui

Si oui, précisez quand et si vous êtes toujours suivi par un médecin à ce sujet :

.....

Êtes-vous allergique aux médicaments (antibiotiques,...), au latex ou aux désinfectants ? non oui

Si oui, précisez:.....

Avez-vous déjà eu des problèmes gynécologiques ? non oui

Si oui, précisez:.....

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? non oui

Si oui, indiquer l'année et le nom de cette opération:



Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale gynécologique? non oui

Si oui, mentionnez l'année, le type d'intervention et le nom du gynécologue qui vous a opérée:

.....

Prenez-vous des médicaments? non oui

Si oui, indiquez les médicaments que vous prenez et leur dose:.....

Prenez-vous de l'acide folique? non oui

MODE DE VIE

Fumez-vous ? non oui

Si oui, combien par jour ?

Consommez-vous de l'alcool ? non oui

Si oui, combien de verres par jour ?.....

Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues douces ou dures ? non oui

Si oui, précisez:.....

Combien pesez-vous?..... kg

Combien mesurez-vous ? cm

ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

A quel âge avez-vous eu vos premières menstruations?

Quand avez-vous eu vos dernières menstruations (date) ?.....

Vos menstruations sont-elles régulières ? non oui

Combien de jours s'écoulent entre deux menstruations ?

Minimum.....jours/maximumjours

Combien de temps durent vos saignements menstruels (= nombre de jours avec du sang rouge vif)?

.....

Comment sont vos pertes de sang lors des menstruations?

faibles normales abondantes avec caillots très abondantes avec caillots

Lors des menstruations, avez-vous des crampes dans la bas-ventre ? non oui

Si oui, les crampes sont-elles: légères modérées fortes très fortes

Avez-vous déjà subi un examen gynécologique? non oui

Souffrez-vous d'une pilosité excessive sur les jambes, les bras ou le visage ? non oui

Souffrez-vous de bouffées de chaleur ou de transpiration nocturne? non oui



- Vous arrive-t-il d'avoir des pertes de sang entre vos menstruations?** non oui
- Souffrez-vous de pertes vaginales anormales ?** non oui
- Souffrez-vous de démangeaisons vaginales ?** non oui
- Avez-vous des selles douloureuses pendant vos menstruations?** non oui
- Y-a-t-il parfois du sang dans vos selles ?** non oui
- Souffrez-vous de constipation?** non oui
- Souffrez-vous de diarrhée?** non oui
- Ressentez-vous une douleur en urinant pendant vos menstruations?** non oui
- Y-a-t-il parfois du sang dans votre urine ?** non oui
- Avez-vous continuellement (presque chaque jour, donc aussi en dehors de la période de menstruation) des douleurs dans le bas-ventre ?** non oui
- Vous sentez-vous fatiguée?** non oui



ATÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Combien de grossesses (y compris les fausses couches ou les interruptions de grossesse) avez-vous eu?

<i>Grossesse</i>	<i>Quand (année)</i>	<i>Traitement de l'infertilité nécessaire pour cette grossesse?</i>	<i>Temps qu'il a fallu pour obtenir cette grossesse</i>	<i>Évolution de la grossesse</i>	<i>Poids à la naissance</i>
1 ^e		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
2 ^e		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
3 ^e		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
4 ^e		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
5 ^e		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	

Avez-vous eu des problèmes pendant votre (vos) grossesse(s)? non oui

Si oui, veuillez indiquer quels problèmes et lors de quelle grossesse :

.....

Avez-vous eu des problèmes après votre (vos) accouchement(s) ? non oui

Si oui, précisez:.....

.....



Y-a-t-il eu des problèmes avec votre (vos) bébé(s) après la naissance ? non oui

Si oui, précisez:.....
.....

Avez-vous donné l'allaitement maternel ? non oui

Si vous avez eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, veuillez compléter le tableau ci-dessous.

<i>grossesse</i>	<i>Année</i>	<i>Nombre de semaines</i>	<i>Vu le sac gestationnel</i>	<i>Activité cardiaque</i>
1 ^e fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
2 ^e fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
3 ^e fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
4 ^e fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
5 ^e fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui

RENSEIGNEMENTS SUR LES TRAITEMENTS DE FERTILITÉ ANTÉRIEURS

Avez-vous déjà subi un traitement pour des troubles de la fertilité ? non oui

Si oui, qui était votre médecin traitant?

Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'induction de l'ovulation? non oui

Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau:

Combien de cycles ?.....



Cycle	Médication	Dose Clomid/Menopur(*)	Ovulation	Résultat(**)
1 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
2 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
3 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
4 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
5 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
6 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	

(*) Dose:

Clomid: en nombre de comprimés par jour

Menopur: en nombre d'ampoules par jour

(**) Choisissez l'une des options suivantes:

1 = pas enceinte

2 = uniquement augmentation de l'hormone de grossesse dans le sang ou l'urine, mais après fausse couche très précoce

3 = fausse couche

4 = grossesse extra-utérine

5 = grossesse et naissance

Avez-vous déjà eu une insémination artificielle?

non

oui

Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau:

Combien de cycles ?



Cycle	Médication	Dose Clomid/Menopur(*)	Insémination	Sperme	Résultat(**)
1 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> donneur	
2 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> donneur	
3 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> donneur	
4 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> donneur	
5 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> donneur	
6 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> donneur	

(*) Dose:

Clomid: en nombre de comprimés par jour
Menopur: en nombre d'ampoules par jour

(**) Choisissez l'une des options suivantes:

- 1 = pas enceinte
- 2 = uniquement augmentation de l'hormone de grossesse dans le sang ou l'urine, mais après fausse couche très précoce
- 3 = fausse couche
- 4 = grossesse extra-utérine
- 5 = grossesse et naissance

Avez-vous déjà eu un traitement FIV ou ICSI ?

non

oui

Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau:

Quand?

Où?

Combien de cycles frais (= cycles avec ponction d'ovocyte)?

Combien de cycles de décongélation (= cycles utilisant des embryons congelés)?

<i>Cycle</i>	<i>Médication</i>	<i>Dose de médication au départ (Menopur, Gonal-F of Puregon)</i>	<i>Nombre d'ovules lors de la ponction</i>	<i>VIF/ICSI</i>	<i>Nombre d'ovules fécondés</i>	<i>Jour de la réimplantation des embryons (après ponction)</i>	<i>Nombre d'embryons réimplantés</i>	<i>Nombre d'embryons congelés</i>	<i>Résultat (**)</i>
1 ^e	<input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal-F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> VIF <input type="radio"/> ICSI					
2 ^e	<input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal-F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> VIF <input type="radio"/> ICSI					
3 ^e	<input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal-F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> VIF <input type="radio"/> ICSI					

4 ^e	<input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal-F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> VIF <input type="radio"/> ICSI					
5 ^e	<input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal-F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> VIF <input type="radio"/> ICSI					
6 ^e	<input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal-F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> VIF <input type="radio"/> ICSI					

(**) Choisissez l'une des options suivantes:

- 1 = pas enceinte
- 2 = uniquement augmentation de l'hormone de grossesse dans le sang ou l'urine, mais après fausse couche très précoce
- 3 = fausse couche
- 4 = grossesse extra-utérine
- 5 = grossesse et naissance



Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? non oui

Si oui, indiquer l'année et le nom de cette opération :

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale gynécologique? non oui

Si oui, mentionnez l'année, le type d'intervention et le nom du gynécologue qui vous a opérée:

.....

Prenez-vous des médicaments? non oui

Si oui, indiquez les médicaments que vous prenez et leur dose :

Prenez-vous de l'acide folique? non oui

MODE DE VIE PARTENAIRE

Fumez-vous? non oui

Si oui, combien par jour?

Consommez-vous de l'alcool? non oui

Si oui, combien de verres par jour ?.....

Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues douces ou dures ? non oui

Si oui, précisez:.....

Combien pesez-vous?..... kg

Combien mesurez-vous ? cm

Avez-vous des enfants? non oui

Avez-vous déjà été enceinte? non oui



ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Combien de grossesses (y compris les fausses couches ou les interruptions de grossesse) avez-vous eu?

<i>Grossesse</i>	<i>Quand (année)</i>	<i>Traitement l'infertilité nécessaire pour cette grossesse?</i>	<i>Temps qu'il a fallu pour obtenir cette grossesse</i>	<i>Évolution de la grossesse</i>	<i>Poids à la naissance</i>
1 ^e		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui		<input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né	
2 ^e		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui		<input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né	
3 ^e		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui		<input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né	
4 ^e		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui		<input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né	
5 ^e		<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui		<input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né	