



Questionnaire fertilité

RENSEIGNEMENT PERSONNELS DE MADAME

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Commune _____

Pays _____

Lange _____

Tél/GSM _____

e-mail _____

Profession _____

RRN _____

RENSEIGNEMENT PERSONNELS DE MONSIEUR

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Commune _____

Pays _____

Langue _____

Tél/GSM _____

e-mail _____

Profession _____

RRN _____



COORDONNÉES DE VOTRE GYNECOLOGUE PERSONNEL

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____

Commune _____

Pays _____

Langue _____

Tél/GSM _____

VEUILLEZ EXPLIQUER BRIÈVEMENT CE QUE VOUS ATTENDEZ CONCRÈTEMENT

RENSEIGNEMENT SUR VOTRE COUPLE

État civil: marié depuis _____ cohabitant depuis _____

Durée de votre relation ? _____

À quand remonte votre désir d'enfant ? _____



RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA FEMME

1. Antécédents familiaux

Membres de la famille ?	non	oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer de l'ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anomalie congénital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Autres/ remarques _____

2. Antécédents chirurgicaux

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ? non yes

Si oui, quand et quelle opération ? _____

3. Antécédents médicaux

Avez-vous déjà été gravement malade ? non yes

Si oui, quand et quelle maladie ? _____

Êtes-vous connu avec une maladie chronique? non yes

Si oui, laquelle maladie et êtes-vous encore suivi pour cela? _____

4. Antécédents gynécologiques

A quel âge avez-vous eu votre règles pour la première fois? _____ âge

Avez-vous déjà eu des problèmes d'ordre gynécologique? non yes

Si oui, quand et quel problème? _____

Avez-vous déjà subi une opération gynécologique? non yes



Si oui, quand et quelle opération ? _____

Souffrez-vous d'endométriose ?

non

oui

Avez-vous un cycle régulier ?

non

oui

Combien de jours s'écoulent entre deux menstruations ?

minimum _____ jours / maximum _____ jours

Combien de jours pertes de sangs? _____ jours

Comment sont vos pertes de sang lors des menstruations ?

faibles

normales

abondantes

Lors des règles, avez-vous des crampes dans le bas-ventre ?

non

oui

légères

modérées

fortes

Les rapports sexuels, sont-ils douloureux ?

non

oui

5. Antécédents obstétricaux

Avez-vous déjà été enceinte auparavant ?

non

oui

Si vous n'avez pas d'antécédents obstétricaux, allez à la page 6 : allergies et facteurs de risques



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

Grossesse	Quand (année)	Traitement fertilité	Évolution de la grossesse	Partenaire
1 ^e		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> enfant né vivant <input type="checkbox"/> fausse couche <input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> interruption de grossesse <input type="checkbox"/> mort-né	<input type="checkbox"/> partenaire actuel <input type="checkbox"/> partenaire précédent
2 ^e		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> enfant né vivant <input type="checkbox"/> fausse couche <input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> interruption de grossesse <input type="checkbox"/> mort-né	<input type="checkbox"/> partenaire actuel <input type="checkbox"/> partenaire précédent
3 ^e		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> enfant né vivant <input type="checkbox"/> fausse couche <input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> interruption de grossesse <input type="checkbox"/> mort-né	<input type="checkbox"/> partenaire actuel <input type="checkbox"/> partenaire précédent
4 ^e		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> enfant né vivant <input type="checkbox"/> fausse couche <input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> interruption de grossesse <input type="checkbox"/> mort-né	<input type="checkbox"/> partenaire actuel <input type="checkbox"/> partenaire précédent
5 ^e		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> enfant né vivant <input type="checkbox"/> fausse couche <input type="checkbox"/> grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> interruption de grossesse <input type="checkbox"/> mort-né	<input type="checkbox"/> partenaire actuel <input type="checkbox"/> partenaire précédent

Avez-vous eu des problèmes pendant votre grossesse ? non oui

Si oui, lesquels? _____

Avez-vous eu des problèmes après votre accouchement ? non oui

Si oui, lesquels? _____



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

Si oui, lesquels? _____

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.

Fausse couche	Année	N° de semaines	Vu le sac gestationnel	Activité cardiaque	Évolution
1 ^e			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> spontané <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> opération (curettage)
2 ^e			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> spontané <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> opération (curettage)
3 ^e			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> spontané <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> opération (curettage)
4 ^e			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> spontané <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> opération (curettage)
5 ^e			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> spontané <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> opération (curettage)

6. Allergies et facteurs de risques

Poids actuel: _____ kg La taille: _____ cm

Fumez-vous ? oui non Si oui, combien cig/jour _____

Buvez-vous d'alcool ? oui non Si oui, combien verres/jour _____

Des drogues ? oui non Si oui, lesquels? _____

Avez-vous des allergies ? non oui



Si oui, lesquels ? _____

Prenez-vous des médicaments ? non oui

Si oui, lesquels ? _____

Prenez-vous actuellement de l'acide folique? non oui

7. Traitements de fertilité antérieurs

Avez-vous déjà subi un traitement de fertilité ? non oui

Si oui, lequel traitement?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> induction de l'ovulation | Si oui, combien de cycles _____ |
| <input type="checkbox"/> insémination intra-utérine | Si oui, combien de cycles _____ |
| <input type="checkbox"/> FIV/ ICSI | Si oui, combien de cycles _____ |
| <input type="checkbox"/> congélation des œufs | Si oui, combien de cycles _____ |



RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'HOMME

1. Antécédents familiaux

Membres de la famille?	non	oui	
Anomalie congénital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres/ remarques	_____		

1. Antécédents chirurgicaux

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ? non yes

Si oui, quand et quelle opération ? _____

2. Antécédents médicaux

Avez-vous déjà été gravement malade ? non yes

Si oui, quand et quelle maladie ? _____

Êtes-vous connu avec une maladie chronique? non yes

Si oui, laquelle maladie et êtes-vous encore suivi pour cela? _____

3. Antécédents andrologique

Avez-vous déjà subi une opération au niveaux des testicules ou du pénis? non oui

Si oui, quand et laquelle? _____

Avez-vous des difficultés à obtenir ou maintenir une érection ou des problèmes d'éjaculation? non oui

