



## 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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>			<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 <sup>e</sup>			<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 <sup>e</sup>			<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 <sup>e</sup>			<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 <sup>e</sup>			<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?

induction de l'ovulation

Si oui, combien de cycles \_\_\_\_\_

insémination intra-utérine

Si oui, combien de cycles \_\_\_\_\_

FIV/ ICSI

Si oui, combien de cycles \_\_\_\_\_

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

