



QUESTIONNAIRE FERTILITÉ

À compléter obligatoirement et renvoyer le plus rapidement possible.

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

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE MADAME

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
Langue :
Tél. :
GSM :
E-mail :
Profession :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PARTENAIRE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
Langue :
Tél. :
GSM :
E-mail :
Profession :



RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE COUPLE

État civil ? mariés depuis cohabitants depuis

Durée de votre relation ?

À quand remonte votre désir d'enfant ?

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FEMME

Groupe sanguin : (Votre carte de groupe sanguin vous sera demandée lors de la consultation.)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Avez-vous des frères et/ou des sœurs ? non oui, frères et sœurs

Y a-t-il dans votre famille des personnes atteintes de :	Non	Oui	Si oui, précisez :
Cancer du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de l'intestin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer du poumon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de l'ovaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de la prostate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de l'utérus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose (caillot dans une grosse veine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endométriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utérus double ou utérus cloisonné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ménopause avant 46 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous déjà été gravement malade ? non oui

Si oui, veuillez mentionner le nom de la maladie et indiquer si vous faites toujours l'objet d'un suivi médical pour cette maladie :

.....



Souffrez-vous d'une ou plusieurs des affections ci-dessous ?

	Non	Oui
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrome de fatigue chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surdité ou perte d'audition à une oreille ou les deux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eczéma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibromyalgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mononucléose infectieuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflammation de la thyroïde (maladie de Hashimoto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sclérose en plaques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sténose du pylore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scoliose (déviation latérale de la colonne vertébrale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres problèmes de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflammation chronique des glandes lacrymales et salivaires (syndrome de Sjörgen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de thyroïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affections cardiaques, si oui : précisez :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus érythémateux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie de Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie inflammatoire du côlon (colite ulcéreuse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrome du côlon irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (précisez) :		

.....

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

O non O oui, précisez :

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

O non O oui, précisez :

Avez-vous déjà eu un cancer ?

O non O oui, précisez :

ANTÉCÉDENTS GYNECOLOGIQUES

À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations ? ans

Avez-vous des malformations au niveau de l'utérus ou du col de l'utérus ? O non O oui

Si oui, avez-vous subi une quelconque opération à cet effet ? O non O oui

Souffrez-vous d'endométriose ? O non O oui

Si oui, avez-vous subi une quelconque opération à cet effet ? O non O oui



ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année et le nom de l'opération :

Avez-vous déjà subi une opération gynécologique ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année, la nature de l'opération et le nom du gynécologue qui vous a opérée :
.....

ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE FERTILITÉ

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

Y a-t-il déjà plus d'un an que vous essayez d'être enceinte ? non oui

Avez-vous déjà subi des examens pour déterminer la cause des troubles de la fertilité ?

non oui

MODE DE VIE

Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes dans votre vie ? non oui

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? ans

Si oui, êtes-vous actuellement une fumeuse active ? non oui

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Si vous n'avez pas d'antécédents obstétricaux, veuillez passer à la section « Renseignements sur les traitements de fertilité précédents ».

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		<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	

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.

Grossesse	Année	Nombre de semaines	Vu le sac gestationnel	Activité cardiaque
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 (**)	Ovulation	Résultat (***)
1 ^{er}			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
2 ^e			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
3 ^e			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
4 ^e			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
5 ^e			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	
6 ^e			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	

(*) (**) (***) voir les différentes options à la page suivante



(*) Médication : Gonal-F, Puregon, Menopur, Clomid, Pergotime, Pregnyl, autre (précisez)

(**) Dose : en nombre de comprimés/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 (**)	Insémination	Sperme	Résultat (***)
1 ^{er}			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> donneur	
2 ^e			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> donneur	
3 ^e			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> donneur	
4 ^e			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> donneur	
5 ^e			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> donneur	
6 ^e			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> donneur	

(*) Médication : Gonal-F, Puregon, Menopur, Clomid, Pergotime, Pregnyl, autre (précisez)

(**) Dose : en nombre de comprimés/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 tenté 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'ovocytes) ?

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 ou Puregon) (**)</i>	<i>Nombre d'ovules lors de la ponction</i>	<i>FIV/ICS I</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"/> FIV <input type="radio"/> ICSI					
2 ^e				<input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI					
3 ^e				<input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI					
4 ^e				<input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI					
5 ^e				<input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI					
6 ^e				<input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI					

(*) (**) (***) voir les différentes options à la page suivante



(*) Médication : Suprefect, Decapeptyl, Cetrotide, Orgalutran, Gonaf-F, Puregon, Menopur, Pregnyl, autre (précisez)

(**) Dose : en nombre de d'unités 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

SITUATION PERSONNELLE ACTUELLE

Prenez-vous des médicaments ? non oui

Si oui, quels médicaments et avec quel dosage :

Buvez-vous de l'alcool ? non occasionnellement oui

Si oui, combien de verres par jour ?

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des drogues douces ou dures ? non oui

Si oui, précisez :

Êtes-vous en contact avec des produits toxiques ? non oui

Si oui, précisez :

Travaillez-vous dans des conditions de travail spéciales ? non oui

Combien pesez-vous ? kg

Combien mesurez-vous ? cm

INFORMATIONS SUR LE CYCLE

Quand avez-vous eu vos dernières menstruations ?/...../.....

Vos périodes menstruelles sont-elles régulières ? non oui

Combien de jours s'écoulent entre deux menstruations ?

Minimumjours / 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 le bas-ventre ? non oui
- Si oui, les crampes sont-elles : légères modérées fortes très fortes
- Combien de fois par semaine en moyenne avez-vous des rapports sexuels ? oui non
- Tenez-vous compte de votre période féconde ? non oui
- Y a-t-il des difficultés lors des rapports ? non oui
- Les rapports sexuels sont-ils douloureux ? non oui
- Vous arrive-t-il d'avoir des pertes de sang entre vos menstruations ? non oui
- Ressentez-vous des douleurs dans le bas-ventre en dehors des menstruations ? non oui
- Avez-vous des selles douloureuses pendant vos menstruations ? non oui
- Y a-t-il parfois du sang sans 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 sans votre urine ? non oui
- Souffrez-vous d'une sécrétion vaginale anormale ? non oui
- Souffrez-vous de démangeaisons vaginales ? 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
- 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



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTENAIRE (SI D'APPLICATION)

Groupe sanguin :(Votre carte de groupe sanguin vous sera demandée lors de la consultation)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il dans votre famille des personnes atteintes de :	Non	Oui	Si oui, précisez :
Malformations congénitales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies héréditaires connues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de fertilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes psychologiques (dépression, schizophrénie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres problèmes non cités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous déjà été gravement malade ? non oui

Si oui, veuillez mentionner le nom de la maladie et indiquer si vous faites toujours l'objet d'un suivi médical pour cette maladie :

.....

Avez-vous déjà eu une dépression ou pris des antidépresseurs ? non oui

Si oui, veuillez préciser quand et indiquer si vous faites encore l'objet, pour cela, d'un suivi médical :

.....

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

non oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des problèmes au niveau des testicules ou du pénis ?

non oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir ou maintenir une érection ? non oui

Avez-vous déjà eu des problèmes d'éjaculation ? non oui

Avez-vous déjà été opéré ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année et le nom de l'opération :

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

Si oui, veuillez mentionner l'année, le nom de l'opération et le nom du médecin qui vous a opéré :

.....



Prenez-vous des médicaments ? non oui

Si oui, veuillez mentionner les médicaments que vous prenez et la dose :

Avez-vous des enfants dans votre relation actuelle ? non oui

Si oui, veuillez indiquer leur nombre :

Avez-vous des enfants issus d'une relation antérieure ? non oui

Si oui, veuillez indiquer leur nombre :

MODE DE VIE

Êtes-vous un fumeur actif ? non oui

Si oui, combien fumez-vous par jour ?

Buvez-vous de l'alcool ? non occasionnellement oui

Si oui, combien de verres par jour ?

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des drogues douces ou dures ? non oui

Si oui, précisez :

Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des suppléments alimentaires obtenus par internet ou via des centres de fitness/magasins ?

non oui, précisez :

Êtes-vous en contact avec des produits toxiques ? non oui

Si oui, précisez :

Travaillez-vous dans des conditions de travail spéciales ? non oui

Combien pesez-vous ? kg

Combien mesurez-vous ? cm