



## 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 : .....

Lieu 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/maximum .....jours

**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 <sup>e</sup>		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
2 <sup>e</sup>		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
3 <sup>e</sup>		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
4 <sup>e</sup>		O non O oui		O enfant né vivant O fausse couche O grossesse extra-utérine O interruption de grossesse O mort-né	
5 <sup>e</sup>		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 <sup>e</sup> fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
2 <sup>e</sup> fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
3 <sup>e</sup> fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
4 <sup>e</sup> fausse couche			<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
5 <sup>e</sup> 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 ? .....



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

<b>Cycle</b>	<b>Médication</b>	<b>Dose Clomid/Menopur(*)</b>	<b>Insémination</b>	<b>Sperme</b>	<b>Résultat(**)</b>
1 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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 <sup>e</sup>		<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	