

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE MADAME

QUESTIONNAIRE FERTILITÉ / ENDOMÉTRIOSE

A compléter obligatoirement et à emporter lors de la 1ère consultation. Si les questions relatives à la fertilité ne vous concernent pas, vous pouvez les passer.

Nom:				
Prénom :				
Date de naissance	:			
Adresse :				
Code postal :				
Commune:			<i>[</i>	
Pays :				
Langue :				
Tél. :				
GSM:				
E-mail :				
Profession :				
DENCELONEM	ENTE DEDCONNEL E DU DADTENAI	DE		
RENSEIGNEM	ENTS PERSONNELS DU PARTENAI	RE		
	ENTS PERSONNELS DU PARTENAI	RE		
RENSEIGNEME Nom:	ENTS PERSONNELS DU PARTENAI	RE		
	ENTS PERSONNELS DU PARTENAI	RE		
Nom :		RE		
Nom : Prénom :		RE		
Nom : Prénom : Date de naissance		RE		
Nom : Prénom : Date de naissance Adresse :		RE		/
Nom : Prénom : Date de naissance Adresse : Code postal :		RE		
Nom : Prénom : Date de naissance Adresse : Code postal : Commune :		RE		
Nom: Prénom: Date de naissance Adresse: Code postal: Commune: Pays:		RE		
Nom: Prénom: Date de naissance Adresse: Code postal: Commune: Pays: Langue:		RE		
Nom: Prénom: Date de naissance Adresse: Code postal: Commune: Pays: Langue: Tél.:		RE		







COORDONNÉES DE VOTRE GYNECOLOGUE PERSONNEL/ GENERALISTE

Nom:	
Prénom :	
Adresse :	
Code postal	
Commune:	
Pays:	
Langue :	
Tél. :	
GSM:	
Fax:	
E-mail:	
VEUILLEZ	EXPLIQUER BRIÈVEMENT CE QUE VOUS ATTENDEZ
CONCRÉT	EMENT DU LUFC
•••••	
•••••	





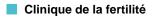
RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE CO	UPLE						
État civil ? O mariés depuis	0 (cohabita	nts depuis				
Durée de votre relation ?							
À quand remonte votre désir d'enfant ?							
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT	LA FEMME						
Groupe sanguin :							
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX							
Avez-vous des frères et/ou des sœurs ?	O non O oui,	, frè	ères et sœurs				
Y a-t-il dans votre famille des personnes att	eintes de :						
	Non	Oui	Si oui, précisez :				
Cancer du sein	0	0					
Cancer de l'intestin	0	0					
Cancer du poumon	0	0					
Cancer de la peau	0	0					
Cancer de l'ovaire	0	0					
Cancer de la prostate	0	0					
Cancer de l'utérus	0	0					
Asthme	0	0					
Diabète	0	0					
Thrombose (caillot dans une grosse veine)	0	0					
Endométriose	0	0					
Utérus double ou utérus cloisonné	0	0					
Ménopause avant 46 ans	0	0					
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX							
Avez-vous déjà été gravement malade?	non O oui						
Si oui, veuillez mentionner le nom de la maladi médical pour cette maladie :	e et indiquer si v	ous faite	es toujours l'objet d'un suivi				







Souffrez-vous d'une ou plusieurs des affections ci-dessous ?	Non	Oui
Asthme Syndrome de fatigue chronique Surdité ou perte d'audition à une oreille ou les deux Dépression Diabète Eczéma Fibromyalgie Mononucléose infectieuse Inflammation de la thyroïde (maladie de Hashimoto) Migraine Sclérose en plaques Sténose du pylore Polyarthrite rhumatoïde Scoliose (déviation latérale de la colonne vertébrale) Autres problèmes de dos Inflammation chronique des glandes lacrymales et salivaires (syndrome de Sjörgen) Problèmes de thyroïde	000000000000000000000000000000000000000	
Affections cardiaques, si oui : précisez :	0 0 0 0	0 0 0 0
Êtes-vous allergique à certains médicaments (antibiotiques,), a désinfectants ? O non O oui, précisez :	u latex o	u aux
ANTÉCÉDENTS GYNECOLOGIQUES		
À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations ? Avez-vous des malformations au niveau de l'utérus ou du col de	l'utórue (
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 ? Si oui, veuillez mentionner l'année et le nom de l'opération :	O non	O oui









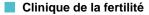
Avez-vous déjà subi une opération gynécologique ?	O non	O oui
Si oui, veuillez mentionner l'année, la nature de l'opération et le nom opérée :		
ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE FERTILITÉ		
Prenez-vous actuellement de l'acide folique ?	O non	O oui
Y a-t-il déjà plus d'un an que vous essayez d'être enceinte ?	O non	O oui
Avez-vous déjà subi des examens pour déterminer la cause des O non O oui	troubles	de la fertilité ?
MODE DE VIE		
Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes dans votre vie ?	O non	O oui
Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ?		ans
Si oui, êtes-vous actuellement une fumeuse active ?	O non	O 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 ?

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









		O enfant né vivant
5 ^e	O non	O fausse couche
5	O oui	O grossesse extra-utérine
		O interruption de grossesse
Avez-vou	s eu des problèmes pend	ant votre (vos) grossesse(s) ? O non O oui

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

.....

Si oui, précisez :

Avez-vous donné l'allaitement maternel? O non O oui

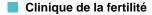
Si vous avez eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, veuillez compléter le tableau ci-dessous.

Grossesse	Année	Nombre de semaines	Vu le sac gestiationnel	Activité cardiaque
1 ^e fausse couche			O non O oui	O non O oui
2 ^e fausse couche			O non O oui	O non O oui
3 ^e fausse couche			O non O oui	O non O oui
4 ^e fausse couche			O non O oui	O non O oui
5 ^e fausse couche			O non O oui	O non O oui

RENSEIGNEMENTS SUR LES TRAITEMENTS DE FERTILITÉ ANTÉRIEURS

Avez-vous déjà subi un traitement pour des troubles de la fertilité ? Si oui, qui était votre médecin traitant ?	O non	O oui
Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'induction de l'ovulation ?	O non	O oui
Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau.		
Combien de cycles ?		

Cycle	Médication (*)	Dose (**)	Ovulation	Résultat (***)
1 ^{er}			O non O oui	









2 ^e	O non O oui	
3 ^e	O non O oui	
4 ^e	O non O oui	
5 ^e	O non O oui	
6 ^e	O non O oui	

- (*) 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 ?

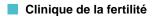
O non O oui

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

Combien de cycles ?

Cycle	Médication (*)	Dose (**)	Insémina tion	Sperme	Résultat (***)
1 ^{er}			O non O oui	O partenaire O donneur	
2 ^e			O non O oui	O partenaire O donneur	
3 ^e			O non O oui	O partenaire O donneur	
4 ^e			O non O oui	O partenaire O donneur	
5 ^e			O non O oui	O partenaire O donneur	
6 ^e			O non O oui	O partenaire O 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 ?

O non O oui

Si oui, v	veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau.
	Quand ?
	Où ?

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

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

Cycle	Médication (*)	Dose de médication au départ (Menopur, Gonal-F ou Puregon) (**)	Nombre d'ovules lors de la ponction	FIV/ICS I	Nombre d'ovules fécondé s	Jour de la réimplantati on des embryons (après ponction)	Nombr e d'embr yons réim- plantés	Nombre d'embry- ons congelé s	Résultat (***)
1 ^e				O FIV O ICSI					
2 ^e				O FIV O ICSI					
3 ^e				O FIV O ICSI					
4 ^e				O FIV O ICSI					
5 ^e				O FIV O ICSI					
6 ^e				O FIV O ICSI					

- (*) Médication : Suprefect, Decapeptyl, Cetrotide, Orgalutran, Gonal-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

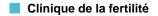






SITUATION PERSONNELLE ACTUELLE

Prenez-vous des médicaments ?	O non	O oui			
Si oui, quels médicaments et avec quel dosage :					
Buvez-vous de l'alcool ?	O non	O occasio	nnelleme	nt	O oui
Si oui, combien de verres par jour ?					
Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des drogue	es douces	ou dures	? O non	O oui	
Si oui, précisez :					
Êtes-vous en contact avec des produits toxique	es?	O non	O oui		
Si oui, précisez :					
Travaillez-vous dans des conditions de travail s	spéciales	? O non	O oui		
Combien pesez-vous ? kg					
Combien mesurez-vous ? cm					
INFORMATIONS SUR LE CYCLE					
	_				
Quand avez-vous eu vos dernières menstruation	ons ?	.//	•••		
Vos périodes menstruelles sont-elles régulières	s ?	O non	O oui		
Combien de jours s'écoulent entre deux menste	ruations ?	?			
Minimumjours / maximumjours					
Combien de temps durent vos saignements me rouge vif) ?	enstruels	(= nombre	de jours	avec du	ı sang
Comment sont vos pertes de sang lors des mei O faibles O normales O abondantes ave			rès abond	antes a	vec caillots
Lors des menstruations, avez-vous des crampe	es dans le	bas-ventr	e? Ond	on C) oui
Si oui, les crampes sont-elles : O légère O n	nodérées	O fortes	O trè	s fortes	
Combien de fois par semaine en moyenne avez	-vous de	s rapports	sexuels '	?	
Tenez-vous compte de votre période féconde ?	,	0	non	O oui	
Y a-t-il des difficultés lors des rapports ?		0	non	O oui	
Les rapports sexuels sont-ils douloureux ?		0	non	O oui	
Vous arrive-t-il d'avoir des pertes de sang entre	e vos men	struations	? O nor	n 0 (oui
Ressentez-vous des douleurs dans le bas-vent	re en deh	ors des me	enstruatio	ons ? O	non O oui
Avez-vous des selles douloureuses pendant vo	s menstr	uations ?	O non	O oui	









Y a-t-il parfois du sang sans vos selles ? O non	O oui					
Souffrez-vous de constipation ? O nor	n O oui					
Souffrez-vous de diarrhée ? O nor	n O oui					
Ressentez-vous une douleur en urinant pendant vos menstruations ?	O non O oui					
Y a-t-il parfois du sang sans votre urine ? O nor	n O oui					
Souffrez-vous d'une sécrétion vaginale anormale ? O nor	n O oui					
Souffrez-vous de démangeaisons vaginales ? O nor	n O oui					
Souffrez-vous d'une pilosité excessive sur les jambes, les bras ou le	visage? O non O oui					
Souffrez-vous de bouffées de chaleur ou de transpiration nocturne ?	O non O oui					
Avez-vous continuellement (presque chaque jour, donc aussi en deho menstruation) des douleurs dans le bas-ventre ? O non O oui	ors de la période de					
Vous sentez-vous fatiguée ? O nor	n O oui					
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTENAIRE (SI D'APPLICATION) Groupe sanguin :						
Groupe sanguin :						
Groupe sanguin :						
Groupe sanguin :	n)					
Groupe sanguin :	n)					
Groupe sanguin :	n) ui Si oui, précisez :					
Groupe sanguin :	n) ui Si oui, précisez :					
Groupe sanguin :	n) ui Si oui, précisez :					
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: Malformations congénitales O O Maladies héréditaires connues Problèmes de fertilité O O Maladies héréditaires connues O Maladies héré	n) ui Si oui, précisez :					
Groupe sanguin :	n) ui Si oui, précisez :					
Groupe sanguin:	ui Si oui, précisez :					
Groupe sanguin:	ui Si oui, précisez :					
Groupe sanguin:	ui Si oui, précisez :					

Clinique de la fertilité



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



O non O oui



Si oui, veuillez préciser quand et indiquer si vous faites enc		
Êtes-vous allergique à certains médicaments (antibiotic désinfectants ?	ques,), au latex ou	aux
O non O oui, précisez :		
Avez-vous déjà eu des problèmes au niveau des testicu	ıles ou du pénis ?	
O non O oui, précisez :		
Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir ou mainteni	r une érection ?	O non O oui
Avez-vous déjà eu des problèmes d'éjaculation ?	O non	O oui
Avez-vous déjà été opéré ?	O non	O oui
Si oui, veuillez mentionner l'année et le nom de l'opération		
Avez-vous déjà subi une opération au niveau des testic	ules ou du pénis ?	O non O oui
Si oui, veuillez mentionner l'année, le nom de l'opération et	le nom du médecin o	lui vous a opéré :
Prenez-vous des médicaments ? O non	O oui	
Si oui, veuillez mentionner les médicaments que vous prend	ez et la dose :	
Avez-vous des enfants dans votre relation actuelle ?	O non O oui	
	O non O oui	
Si oui, veuillez indiquer leur nombre :		
Avez-vous des enfants issus d'une relation antérieure	? O non O oui	
Si oui, veuillez indiquer leur nombre :		
MODE DE VIE		
Êtes-vous un fumeur actif ? O non	O oui	
Si oui, combien fumez-vous par jour ?		
Buvez-vous de l'alcool ? O non	O occasionnelleme	ent O oui
Si oui, combien de verres par jour ?		
Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des drogues douce	es ou dures ?O non	O oui
Si oui, précisez :		







Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des suppléments alimer internet ou via des centres de fitness/magasins ?	ntaires obtenus par
O non O oui, précisez :	
Êtes-vous en contact avec des produits toxiques ? O non	O oui
Si oui, précisez :	
Travaillez-vous dans des conditions de travail spéciales ? O non	O oui
Combien pesez-vous ? kg	
Combien mesurez-vous ? cm	



