



FORMULAIRE À APPORTER – CLINIQUE DE FERTILITÉ

1. Renseignements démographiques

Nom : _____

Date de naissance : _____

2. Antécédents de santé

2.1 Renseignements généraux

Poids (lbs) _____

Taille (pi/po) _____ IMC* _____ *Votre équipe de soins à la clinique vous aidera à déterminer votre IMC.

Avez-vous subi un gain de poids important ou une perte de poids remarquable (p. ex., 20 lb) dans la dernière année?

Oui Non

Prenez-vous en ce moment des médicaments sous ordonnance?

Oui Non

Prenez-vous des médicaments en vente libre ou des suppléments nutritionnels, y compris de l'acide folique sur une base régulière?

Oui Non

Êtes-vous allergique à des médicaments?

Oui Non

Souffrez-vous d'autres types d'allergies (p. ex., aliment, environnement)?

Oui Non

Fumez-vous du tabac?

Oui Non

Buvez-vous de l'alcool?

Oui Non

Consommez-vous des drogues illicites ou récréatives (p. ex., marijuana, cocaïne)?

Oui Non

2.2 Renseignements médicaux

Avez-vous déjà subi une infection du bassin?

Oui Non

Avez-vous souffert (ou souffrez-vous) d'une maladie chronique?

Oui Non

Veillez cocher tout ce qui s'applique :

- Anémie
- Maladies auto-immunes, p. ex., lupus
- Troubles de tension artérielle (Pression faible/haute)
- Caillots sanguins
- Écoulement laiteux du sein
- Cancer
- Colite/maladie de Crohn
- Fibrose kystique
- Dépression/anxiété
- Diabète
- Endométriose
- Épilepsie (ou convulsions)
- Maladie cardiaque
- Hépatite
- Hirsutisme (croissance excessive de la pilosité)
- Infection/trouble rénal
- Trouble du foie
- Rubéole (rougeole allemande)
- Rougeole – standard
- Problèmes neurologiques
- Urétrite non gonococcique
- Kyste ovarien
- Infection parasitaire
- Infection du bassin
- Maladie respiratoire (pneumonie, maladie pulmonaire, tuberculose, etc.)
- Accident vasculaire cérébral
- Infection sexuellement transmissible – veuillez préciser : _____
- Troubles de la thyroïde
- Fibrome utérin
- Vaginite (levures, trichomonase)
- Écoulement vaginal
- Autre – veuillez préciser : _____

Avez-vous déjà reçu un traitement contre le cancer?

Si oui, veuillez préciser le type de cancer et le type de traitement :

2.3 Antécédents chirurgicaux

Avez-vous déjà subi une chirurgie dans votre abdomen, votre utérus ou vos testicules?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

2.4 Antécédents familiaux

Y a-t-il des maladies ou des troubles de santé qui sont fréquents chez vos proches?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Êtes-vous au courant de maladies héréditaires qui sont survenues dans votre famille?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Y a-t-il un historique d'infertilité dans votre famille?

Oui Non

2.5 Antécédents de santé sexuelle

À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations?

Veuillez préciser : _____

Avez-vous un cycle menstruel régulier?

Oui Non

Avez-vous des saignements ou des petites pertes de sang entre vos règles?

Oui Non

Avez-vous remarqué des changements récents concernant vos règles?

Oui Non

Avez-vous utilisé une méthode contraceptive dans le passé?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser en cochant tout ce qui s'applique :

- Pilule contraceptive par voie orale
- Condom
- Diaphragme
- Dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet
- Anneau
- Autre

Avez-vous déjà été enceinte?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

1^{re} grossesse

Quand? _____

Le résultat? _____

Est-ce que votre partenaire actuel est/était le père?

Oui Non

Avez-vous déjà eu d'autres grossesses?

Oui Non

2^e grossesse

Quand? _____

Le résultat? _____

Est-ce que votre partenaire actuel est/était le père?

Oui Non

Avez-vous déjà eu d'autres grossesses?

Oui Non

3^e grossesse

Quand? _____

Le résultat? _____

Est-ce que votre partenaire actuel est/était le père?

Oui Non

Avez-vous déjà eu d'autres grossesses?

Oui Non

Si vous avez des enfants, y a-t-il parmi eux des problèmes congénitaux ou des anomalies à la naissance (p. ex., malformations congénitales, problèmes génétiques, etc.)?

Oui Non

Depuis combien de temps (en mois) essayez-vous de tomber enceinte? Veuillez préciser : _____

En moyenne, combien de fois par mois avez-vous des relations sexuelles? Veuillez préciser : _____

Utilisez-vous une méthode pour déterminer le moment de votre ovulation?

Oui Non

Si oui, combien de fois avez-vous des relations sexuelles pendant la période d'ovulation? _____

Utilisez-vous des lubrifiants pendant la relation sexuelle?

Oui Non

Si oui, de quelle marque de commerce? _____

Avez-vous déjà reçu un traitement de fertilité auparavant?

Oui Non

Si oui, dans quelle année? _____

À quel endroit avez-vous reçu le traitement et quel était le nom de votre médecin spécialisé en fertilité?

Quel était le diagnostic de la cause ou des causes de votre infertilité?

- Facteurs chez la femme
- Facteurs chez l'homme
- Association de facteurs chez l'homme et la femme
- Sans explication

Parmi les traitements suivants, quel(s) traitement(s) de fertilité avez-vous reçu(s)?

- Surveillance du cycle menstruel
- Induction ovarienne ou superovulation
- Insémination artificielle (ou insémination intra-utérine)
- Fécondation in vitro
- Injection intracytoplasmique de sperme
- Gamètes d'un donneur (ovules, sperme)
- Implantation d'embryons provenant d'un donneur
- Mère-porteuse
- Autre - veuillez préciser : _____

Vous a-t-on déjà prescrit l'un ou l'autre des médicaments suivants?

Veuillez cocher tout ce qui s'applique :

- Stimulant pour induire l'ovulation - comprimé oral
Veuillez préciser combien de cycles de traitement ont été pris : _____
- Hormones injectables
- Autres - veuillez préciser : _____
- Aucun

Si vous cherchez à obtenir des soins en fertilité avec un partenaire, veuillez demander à votre partenaire de remplir lui aussi un questionnaire à apporter lors de la 1^{re} consultation.

SAUVEGARDER