



Veillez compléter le formulaire ci-dessus et retournez-le nous par courrier accompagné d'une photo format passeport. Toutes les informations seront traitées dans la stricte confidentialité. S.V.P. encerclez la bonne réponse. (Exemple: vos règles sont-elles douloureuses? Oui/ No)

Nome: _____ Prénom _____

Date de naissance: _____ Age: _____
(jj/mm/aaaa)

Lieu de naissance: _____ Province/Pays: _____

Etat civil: Mariée / Je vis avec mon partenaire / Célibataire / Séparée / Divorcée

Adresse:

Rue: _____ Ville: _____

Province: _____ Pays: _____

Code postal: _____ Courriel : _____

Tel.(domicile) _____ Tel.(cellular) _____

Tel.(travail) _____ Peut-on vous appeler
au travail: Oui / Non

Taille: _____(cm / pieds) Poids: _____(kg / livres)

Stature: Très petit / Petit / Moyen / Grand / Très grand

Couleur des yeux: Bleu / Noir / Brun / Vert / Noisette / Autres: _____

Couleur des cheveux: Chatons clair/ Blond gris/ Blond roux/ Blonde/ Brun clair/ Brun foncée/ Noir/ Roux

Type de cheveux: Raides / Ondulé / Epais / Fins / Boucles / Rudes grossiers / Frisés / Cassants

Portez-vous des lunettes
de correction: Oui/Non

Êtes-vous: Droitière/Gauchère

Teint de peau: Clair / Moyen / Olive/ Noir

Taches de rousseur: Aucune / Quelques / Nombreuses

Autres caractères (si oui veuillez détailler):

Fente au monton / Grands yeux / Pommette saillante / Fossettes / Lèvres charnues / Autres:

Race:

Le votre: _____ Votre père: _____

Votre mère: _____

Origine ethnique:

Aborigène / Africaine / Asiate / Asiate du sud / Caucase/ Hispanique/ Indonésien / Méditerranéenne/
Natif d'Amérique / Indien de l'Ouest Autre: _____

Religion:

Votre: _____ Votre père: _____

Votre mère: _____

Votre histoire médical

Histoire menstruelle:

(s.v.p. répondez aux questions suivantes concernant vos menstruations)

Âge lors de vos premières menstruations? _____ ans

À quelle fréquence se produisent vos menstruations? _____/_____ jours

Qu'elle est la durée de vos menstruations? _____/_____ jours

Prenez-vous actuellement une pilule contraceptive? Oui / Non

Avez-vous fait un frottis cervical dans le 12 derniers mois? Oui / Non

Ce test s'est-il avéré normal? Oui / Non

Grossesses:

Combien avez-vous eu de grossesses antérieures? _____ Naissances : _____

Y-a-t-il eu des complications lors de ce grossesses et/ou accouchements? Oui / Non

Si oui, lesquels?

D'autre problèmes se sont-ils manifesté chez les enfants que vous avez conçus?

Fausses couches : _____

Interruptions de grossesses : _____

Antécédents d'infertilité (années) : _____

Histoire médicale générale

Avez-vous déjà eu par le passé une histoire de:

Maladies sexuellement transmissibles (MTS)

Chlamydia

Sida

Condylome

Ureaplasme / Mycoplasme

Maladie auto-immune

Syphilis

Sclérose en plaque

Tuberculose

Herpès virus type I ou II

Endométriose

Fibrome

Salpingite aiguë ou pelvipéritonite

Maladie d'Alzheimer

Test de Papanicolaou anormal

Hépatite B ou C

Maladie de nature endocrinien

Si oui, veuillez expliquer en détail:

Avez-vous déjà été victime d'autre maladie grave ? Oui / Non

Si oui, veuillez nous en donner les détails :

Prenez-vous, à long terme des médicaments de quelque nature que ce soit ? Oui / Non

Si oui, veuillez nous en donner les détails :

Avez-vous subi des chirurgies dans le passé? Oui / Non

Si oui, veuillez détailler :

Avez-vous été hospitalisée pour autre raison que les chirurgies citées ci-dessus ? Oui / Non

Si oui, veuillez détailler :

Avez-vous des allergies? Oui / Non

Si oui, lesquelles:

Est-ce que vous travaillez dans un lieu où vous êtes exposée à des radiations ou produits chimiques qui pouvant nuire à votre santé? Oui / Non

Si oui, expliquer à quelles produits avez-vous été exposée.

Avez-vous subi une transfusion sanguine dans les derniers 6 mois? Oui / Non

Vous êtes vous fait tatouer pendant l'année dernière ? Oui / Non

Avez-vous été refusée pour un don de sang ? Oui / Non

Si oui, veuillez expliquer pourquoi :

Avez-vous une diététique restrictive? Oui / Non

Si oui, pour quelles aliments et pourquoi?

Faites-vous de l'exercice régulièrement? Oui / Non

Histories psychologique:

Avez-vous déjà consulter pour dépression ou problèmes émotionnels? Oui / Non

Avez-vous déjà pris des antidépresseurs pour une période dépassant 3 mois? Oui / Non

Avez-vous déjà été diagnostiquée pour ce qui suit (s.v.p. indiquez tous ce qui appliquent)

Dépression Oui / Non

Schizophrénie Oui / Non

Maniaque dépressive Oui / Non

Psychonéurose obsessionnelle Oui / Non

Manie Oui / Non

Anorexie ou Boulimie Oui / Non

Automutilation Oui / Non

Histoire medico familiale

	Mère	Père	Votre enfant	Votre enfant
Vivant	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Age				
Pays de naissance				
Ont-ils/elles eu des problème d'ordre médical ou des problèmes de santé (S.V.P. veuillez détailler ci-dessous)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non

	Frère / Soeur	Frère / Soeur	Frère / Soeur	Frère / Soeur
Vivant	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Age				
Pays de naissance				
Ont-ils/elles eu des problème d'ordre médical ou des problèmes de santé (S.V.P. veuillez détailler ci-dessous)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non

	Grand-mère maternelle	Grand-père maternel	Grand-mère paternelle	Grand-père Paternel
Vivant	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Age				
Pays de naissance				
Ont-ils/elles eu des problème d'ordre médical ou des problèmes de santé (S.V.P. veuillez détailler ci-dessous)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non

Avez-vous des problèmes d'ordre médical dans la famille? Si oui, veuillez détailler :

S.V.P., dites nous si vous, ou un membre de votre famille est dans les situations citées dessous? Si oui, préciser qui ?

Situation	Vous	Famille	Qui dans la famille?
Fente palatine	Oui / Non	Oui / Non	_____
Spina-bifida	Oui / Non	Oui / Non	_____
Troubles de la glande thyroïde	Oui / Non	Oui / Non	_____
Retard mental	Oui / Non	Oui / Non	_____
Trisomie 21	Oui / Non	Oui / Non	_____
Fibrose kystique	Oui / Non	Oui / Non	_____
Syndrome de Marfan	Oui / Non	Oui / Non	_____
Albinisme	Oui / Non	Oui / Non	_____
Dystrophie musculaire	Oui / Non	Oui / Non	_____
Cancer(indiquer le type)	Oui / Non	Oui / Non	_____
Schizophrénie	Oui / Non	Oui / Non	_____
Dépression clinique	Oui / Non	Oui / Non	_____
Obsessif impulsive	Oui / Non	Oui / Non	_____
Manie	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie Tay Sachs	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie Canavan	Oui / Non	Oui / Non	_____
Anémie hémolytique	Oui / Non	Oui / Non	_____
Cécité	Oui / Non	Oui / Non	_____
Surdité partielle	Oui / Non	Oui / Non	_____
Cécité des couleur	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie du Coeur	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie de Parkinson	Oui / Non	Oui / Non	_____
Cholestérol élevé	Oui / Non	Oui / Non	_____
Anémie à hématies	Oui / Non	Oui / Non	_____
Hémophilie	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie d'Huntington	Oui / Non	Oui / Non	_____
Hémochromatose	Oui / Non	Oui / Non	_____
Diabète	Oui / Non	Oui / Non	_____
Sclérose en plaque	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie d'Alzheimer	Oui / Non	Oui / Non	_____
Infertilité	Oui / Non	Oui / Non	_____
Avortement spontané	Oui / Non	Oui / Non	_____
Maladie du foie	Oui / Non	Oui / Non	_____
Pression artérielle élevée	Oui / Non	Oui / Non	_____
Asthme	Oui / Non	Oui / Non	_____
Épilepsie	Oui / Non	Oui / Non	_____
Syndrome de Tourette	Oui / Non	Oui / Non	_____
Troubles déficitaire de l'attention	Oui / Non	Oui / Non	_____
Bébé mort-né	Oui / Non	Oui / Non	_____
Mort subite du nourrisson	Oui / Non	Oui / Non	_____
Hermaphrodisme	Oui / Non	Oui / Non	_____
Mort avant l'âge de 40 ans	Oui / Non	Oui / Non	_____
Toxicomanie (indiquer le type)	Oui / Non	Oui / Non	_____
Ostéoporose clinique	Oui / Non	Oui / Non	_____

Comportement sociale:

Combien de cigarettes fumez-vous par jour (inscrivez 0, si non fumeuse) _____
Si vous avez arrêtée, précisez quand : _____(date)

Combien de verres d'alcool consommez-vous par semaine ? _____

Consumation de drogues

Je n'ai jamais consommé de drogues illégale/ j'en ai consommé une seule fois

J'en ai consommé régulièrement autre fois

J'en consomme actuellement une ou plusieurs fois de drogues suivants;

Vous êtes vous injecté de drogues? Oui / Non

Activité/Histoire sexuelle

(S.V.P. répondez aux questions suivants portants sur votre vie sexuelle)

Combines de partenaires sexuels avez vous eu l'année dernières ? _____

Avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne sachant qu'elle se droguée? Oui / Non

Avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne bisexuel ou homosexuel ? Oui / Non

Avez-vous eu par le passé ou le présent des rapport sexuels avec des personne séropositive à VIH? Oui / Non

Avez-vous déjà eu pour partenaire une personne testée positive à des MTS? Oui / Non

Relations sexuelles

J'ai déjà été prostituée par le passé ? Oui / Non

Je suis engagée dans des relations homosexuelles ? Oui / Non

Je suis engagée dans une relations hétérosexuelle avec une prostituée depuis les six derniers mois ? Oui / Non

Je me considère bisexuelle ? Oui / Non

Je me considère homosexuelles ? Oui / Non

Je me considère hétérosexuelle ? Oui / Non

La Loi

Je n'ai jamais eu des problèmes légaux Oui / Non

J'ai déjà eu un problèmes légal par le passé Oui / Non

Si oui, veuillez expliquez le type de problème que vous avez eu :

Crimes:

Je n'ai jamais été déclarée coupable d'un crime Oui / Non

J'ai déjà été déclarée coupable d'un crime Oui / Non

J'ai déjà fait de la prison Oui / Non

Quel était le crime dont vous aviez été déclarée coupable?

Cursus scolaire (indiquez tous ce qui appliquent)

Étude secondaire / Diplôme d'école secondaire / Cégep / Étude commerciale / Étude Universitaire / Diplôme de l'université

Diplôme du Baccalauréat:

Années d'obtention : _____ Discipline: _____

Autres diplômes :

Années d'obtention : _____ Discipline: _____

Niveau d'étude: Maîtrise / Maîtrise administrative/ Doctorat / Médecine / Droit / Autre: _____

Autre diplôme d'étude: _____ Discipline: _____

Travail/intérêt : _____

Travail/passé temps: _____

Occupation actuel: _____

Travail à la maison / Étudiant plein temps / Sans emploi/ Travail partiel / Travail à plein temps

Quel type de poste avez vous occupé par le passé? _____

Par quelle type de travail seriez-vous intéressé? _____

(Choisissez un chiffre sur cette échelle de 0 à 10)

	Faible	Moyen	Excellent								
Habilités sportives	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilités musicale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Talents artistiques	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilités mécanique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilités mathématiques	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilités en écriture	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilités en recherches	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Décrivez vos talents/hobbies/intérêts:

Autre que le français, quelle langue parlez-vous? _____

Comment pouvez-vous décrire votre personnalité?

Quelle est votre ultime ambition dans la vie?

J'aimerais que la receveuse sache ce qui suit sur mes caractéristiques/personnalité et/ou domaines d'intérêt.

Je veux être donneuse d'ovule pour les raisons suivants:

Avez vous déjà été donneuses d'ovule? Oui / Non
Si oui, quand l'avez vous fait?

Combien d'ovule a-t-on prélevé? _____

Veillez certifier que vos réponses et explications sont données volontairement? Oui / Non

Veillez certifier que vos réponses données volontairement sont au meilleure de vos connaissances jugées varies? Oui / Non

Avez-vous connaissance de certains problèmes de santé concernant vous même, votre famille ou partenaire sexuel précédant que vous n'avez pas révélé? Oui / Non
Si oui, veuillez nous donner les détails:

Par la présente, je certifie que toute mes réponses et explications, volontaire données dans ce questionnaire, sont vrais. Je n'ai pas connaissance de problèmes concernant moi-même, ma famille, mon actuel ou précédant partenaires sexuels qui n'ont pas été divulgués dans ce questionnaires.

Veillez écrire votre nom en lettres moulées: _____

Signature: _____

Date: _____
(jour / mois / année)