



*Veillez compléter le formulaire et l'apporter avec vous lors de votre rendez-vous. De plus, afin de pouvoir mieux vous informer, veuillez préparer une liste de questions que vous voudriez poser au médecin lors de votre première rencontre. Veillez noter que toutes données seront traitées confidentiellement.*

*S.v.p. encerclez la bonne réponse. Exemple: Est-ce que vos menstruations sont douloureuses? oui/*

**non**

	<b>Femme</b>	<b>Partenaire</b>
<b>1. Nom de famille</b>	_____	_____
<b>2. Prénom</b>	_____	_____
<b>3. Date de naissance</b>	_____ Âge _____	_____ Âge _____
<b>4. Etat civil</b>	_____	_____
<b>5. Nom de fille</b>	_____	_____
<b>6. Occupation</b>	_____	_____
<b>7. No. de téléphone (maison)</b>	_____	_____
<b>8. No. de téléphone (cellulaire / travail)</b>	_____	_____
	<small>Pouvons-nous vous téléphoner à ce numéro? Oui/Non</small>	<small>Pouvons-nous vous téléphoner à ce numéro? Oui/Non</small>
<b>9. No. d'assurance maladie:</b>	_____	_____
	date d'expiration : _____	date d'expiration : _____
<b>10 Adresse au Canada:</b>		<b>Adresse à l'étranger:</b>
<b>Rue:</b>	_____	_____
<b>Ville:</b>	_____	_____ <b>Pays:</b>
<b>Code Postal:</b>	_____	_____
<b>Adresse courriel:</b>	_____	
<b>No. De téléphone de votre pharmacie :</b>	_____	
<b>11. Médecin référant:</b>	Généraliste/Gynécologue/Autres spécialité/Auto-référe	
<b>Nom:</b>	_____	<b>No.de tél.:</b> _____
<b>Adresse:</b>	_____	

## Femme

**Taille:** \_\_\_\_\_ **Poids:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

### Histoire Menstruelle:

12. A quel âge avez-vous eu vos premières menstruations: \_\_\_\_\_ ans

13. Qu'elle est la fréquence de vos menstruations ? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
en moyenne / cycle varie de combien de jours  
Exemple: moyenne de 28 jrs / varie de 26 à 35 jrs

14. Qu'elle est la durée de vos menstruations ? \_\_\_\_\_ jours

15. Avez-vous des menstruations douloureuses? Oui/Non

Si oui, spécifiez la ou les journées douloureuses: \_\_\_\_\_

(La première journée de votre cycle correspond à la première journée de saignements)

16. Date de la dernière menstruation \_\_\_\_\_

### 17. Grossesses antérieures:

Année	Partenaire Actuel (Oui/Non)	Nombre de semaines des grossesses	Fausse couche (Oui/Non)	Avortement (Oui/Non)	Naissance Vivante (Oui/Non)	Poids du nouveau-né à la naissance	Complications (Césarienne, infection, etc.)

### 18. Contraception:

Date et durée totale de l'utilisation:

Contraceptifs oraux: Oui/Non \_\_\_\_\_

Marque: \_\_\_\_\_

Stérilet: Oui/Non \_\_\_\_\_

Type: \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Stérilisation: Oui/Non

### Histoire gynécologique

19. Avez-vous déjà eu une histoire de:

Pertes vaginales nécessitant des traitements/Maladies transmises sexuellement/Maladies inflammatoires pelviennes (Salpingite)/ Chirurgie / tubaire / Appendicectomie/ Laparoscopie/ Hystérocopie/ Chirurgie cervicale (conisation du col par laser ou électrocoagulation)

Toutes autres d'opérations abdominales? Oui/Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Date de la dernière cytologie (Pap): \_\_\_\_\_
21. Est-ce que le résultat de la cytologie était normal? Oui/Non
22. Avez-vous déjà eu un résultat de cytologie anormal? Oui/Non  
Si oui, veuillez spécifier la date: \_\_\_\_\_

**Histoire sexuelle**

23. En moyenne, à quelle fréquence avez-vous des relations sexuelles par semaine? \_\_\_\_ par semaine

**Etat de santé général**

24. Votre poids est-il: a) stable b) en augmentation c) en diminution?
25. Avez-vous déjà eu des maladies sérieuses dans le passé? Oui/Non  
Si oui, veuillez détailler:  
\_\_\_\_\_
26. Avez-vous déjà testé positif pour l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis ou le VIH? Oui/Non
27. Avez-vous des sécrétions au niveau des seins? Oui/Non
28. Avez-vous des problèmes de pilosité? Oui/Non  
(Exemple: poils faciaux)
29. Avez-vous des problèmes génétiques? Oui/Non  
Si oui, veuillez détailler :  
\_\_\_\_\_
30. Prenez-vous des médicaments à long terme? Des vitamines? Acide folique? Oui/Non  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
31. Avez-vous des allergies? Oui/Non  
Si oui, veuillez détailler:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
32. Combien de cigarettes fumez-vous ? (Inscrire "0" si non-fumeur) \_\_\_\_ par semaine
33. Combien d'alcool consommez-vous ? \_\_\_\_ par semaine
34. Y a-t-il des maladies sérieuses dans votre famille? Oui/Non  
Si oui, veuillez détailler:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Histoire d'infertilité:**

35. Depuis combien d'années essayez-vous de concevoir comme couple? \_\_ année(s)

36. Avez-vous déjà eu des investigations pour infertilité?

Oui/Non

Si oui, veuillez détailler:

---

---

---

37. S.v.p. compléter le tableau suivant si vous avez déjà eu une induction de ovulation avec ou sans insémination intrautérine:

	Traitement 1	Traitement 2	Traitement 3	Traitement 4	Traitement 5
Année					
Nombre de cycles					
Centre					
Clomiphène (oui/non)					
Gonadotrophines(oui/non)					
Insémination Intrautérine (oui/non)					
Conjoint/Donneur					
Traitement abandonné (oui/non)					
Grossesse (oui/non)					

38. Avez vous déjà eu un traitement en FIV (Fécondation In-Vitro) ?

Oui/Non

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant:

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5
Mois / Année					
Centre					
Dose de Gonadotrophines/jr					
Nombre d'ovules obtenus					
ICSI (oui/non)					
Conjoint/Donneur					
Nombre d'ovules fécondés					
Nombre d'embryons transférés					
Nombre d'embryons congelés					
Cycle abandonné (oui/non)					
Grossesse (oui/non)					

## **Partenaire mâle** (si applicable)

### **39. Avez-vous déjà eu:**

Testicule non-descendu/Chirurgie pour faire descendre un testicule/Chirurgie pour une hernie/ Chirurgie pour la prostate/ Chirurgie pour une torsion testiculaire/ Hypospadias(*méat urétral sous pénis*)/Accident impliquant les organes génitaux/Sécrétions au niveau génital nécessitant un traitement/Maladie transmise sexuellement/Inflammation de testicule ou d'épididyme/Oreillons comme adulte/Cystoscopie/Chirurgie au niveau du scrotum/Vasectomie/Radiothérapie/Chimiothérapie

Si vous avez eu une de ces conditions ou traitements, veuillez détailler ci-dessous et apportez les informations disponibles:

---

---

---

**40. Est-ce que vous avez déjà eu des enfants de relations antérieures?** Oui/Non

Si oui, combien: \_\_\_\_\_

**41. Avez-vous des problèmes sexuels?** Oui/Non

**42. Etes-vous capable de produire un échantillon de sperme par masturbation ?** Oui/Non

**43. Avez-vous déjà eu des investigations pour infertilité?** Oui/Non

Si oui, veuillez détailler:

---

---

---

**44. Avez-vous déjà eu des maladies sérieuses dans le passé?** Oui/Non

Si oui, veuillez détailler ci-dessous:

---

---

**45. Avez-vous déjà testé positif pour l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis ou le VIH?** Oui/Non

**46. Prenez vous des médicaments à long terme?** Oui/Non

---

---

**47. Y a-t-il des maladies sérieuses dans votre famille?** Oui/Non

Si oui, veuillez détailler:

---

---

**48. Avez-vous des allergies?** Oui/Non

Si oui, veuillez détailler:

---

---

**49. Combien de cigarettes fumez-vous par semaine?** \_\_\_\_\_ par semaine (Inscrire "0" si non-fumeur)

**50. Combien d'alcool consommez-vous par semaine?** \_\_\_\_\_ ml / oz par semaine

## **Inquiétudes sociales du couple (facultatif)**

51. Vivez-vous présentement une période difficile dû à un stress quelconque, provenant soit du côté personnel, familial, professionnel ou financier ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

52. Qui ou qu'est-ce qui vous aide le plus à traverser les moments difficiles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

53. Avec quels membres de votre entourage vous sentez-vous supporté? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

54. De quelle façon, votre infertilité a-t-elle un impact sur vos relations avec votre famille et vos amis(es) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

55. De même, quel est l'impact sur votre vie de couple ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

56. A quel point, votre infertilité affecte-t-elle vos sentiments personnels? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

57. Quelle sont vos attentes vis-à-vis votre traitement ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

58. Avez-vous des inquiétudes concernant votre traitement que vous aimerez partager avec nous ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

59. Avez-vous des habitudes ou coutumes (culture, religion...) que vous aimeriez aussi partager avec nous, afin de faciliter votre traitement ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### **IMPORTANT:**

**A la première consultation, s.v.p. apportez avec vous une photocopie des résultats d'investigations antérieures et des traitements pour infertilité subis par les 2 partenaires.**

**Section réservée au médecin**

5252, BOULEVARD DE MAISONNEUVE OUEST, BUREAU 220, MONTRÉAL (QUÉBEC) CANADA H4A 3S5

TEL: (514) 369-6116 TÉLÉC: (514) 369-2662

[WWW.MONTREALFERTILITY.COM](http://WWW.MONTREALFERTILITY.COM)

COURRIEL: INFO@MONTREALFERTILITY.COM



Visite de retour:

Date:

---

---

---

---

---

Visite de retour:

Date:

---

---

---

---

---

Visite de retour:

Date:

---

---

---

---

---

Visite de retour:

Date:

---

---

---

---

---

Visite de retour:

Date:

---

---

---

---

---