

# Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules

## FORMULAIRE D'ACCUEIL

### *Identité de la donneuse*

RAMQ
Prénom
Nom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Numéro de la carte d'hôpital

## 1. Formulaire d'accueil

### Renseignements sur la donneuse

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

État matrimonial :

Célibataire

Mariée/Conjointe de fait

Divorcée

Origine ou ascendance ethnique :

Mère \_\_\_\_\_

Père \_\_\_\_\_

## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules

### FORMULAIRE D'ACCUEIL

#### Antécédents médicaux et chirurgicaux

Veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre cas. Si vous n'êtes pas en mesure de répondre à l'une des questions, veuillez laisser les cases vides et en discuter avec votre médecin.

Antécédents médicaux			
Maladies principales	Oui	Non	Remarques
Asthme			
Pneumonie			
Problèmes cardiaques			
Hypertension artérielle			
AVC			
Caillots sanguins dans les poumons ou les jambes			
Problèmes de thyroïde			
Diabète			
Dépression/Anxiété			
Troubles alimentaires			
Migraines			
Cancer			
Anémie			
VIH/SIDA			



## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules FORMULAIRE D'ACCUEIL

Antécédents médicaux			
Maladies principales	Oui	Non	Remarques
Crises d'épilepsie			
Hépatite/Jaunisse/Maladie du foie			
Transfusion sanguine			
Troubles de saignement			
Troubles psychiatriques			

Êtes-vous actuellement suivie par un médecin pour une raison quelconque?

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser :

---

---

---

---

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser les opérations et leurs dates :

---

---

---

---

## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules FORMULAIRE D'ACCUEIL

### Antécédents génésiques, gynécologiques et obstétriques

Âge des premières menstruations \_\_\_\_\_

Date du cycle menstruel le plus récent (1<sup>er</sup> jour) \_\_\_\_\_

Avez-vous vos règles de façon régulière?  Oui  Non

Fréquence de vos règles \_\_\_\_\_ (p. ex. de 28 à 35 jours)

Veuillez décrire la quantité d'écoulement :

- Légère
- Moyenne
- Élevée

Avez-vous des règles douloureuses?  Oui  Non

Si oui, prenez-vous des médicaments pour apaiser la douleur?  Oui  Non

Si vous êtes sexuellement active, utilisez-vous une méthode de contraception?  
 Oui  Non

Quelle(s) méthode(s) de contraception utilisez-vous?

- Pilule contraceptive
- Condom
- Diaphragme
- Dispositif intra-utérin (stérilet)
- Retrait
- Aucune

Date de votre dernier test Pap \_\_\_\_\_ Résultat \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu un résultat de test Pap anormal?  Oui  Non

<b>Antécédents d'infections transmissibles sexuellement (ITS)</b>		
	Oui	Non
Chlamydia		
Gonorrhée		
Herpès génital		
Syphilis		
HPV/Condylomes		
Autre ITS		

## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules FORMULAIRE D'ACCUEIL

Si vous avez répondu oui pour une ou plusieurs des ITS ci-dessus,  
veuillez fournir la date, le diagnostic et le traitement pour chacune.

---

---

---

---

Avez-vous déjà été enceinte?  Oui  Non

Si oui :

Nombre total de grossesses \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants en vie \_\_\_\_\_ Naissances à terme \_\_\_\_\_

Naissances prématurées \_\_\_\_\_ Fausses couches \_\_\_\_\_

Avortements/Interruptions de grossesse \_\_\_\_\_

Si vous avez des enfants, veuillez indiquer s'ils ont eu des problèmes  
médicaux :

---

---

---

---

---

Inscrivez les médicaments que vous prenez actuellement ou que vous  
avez pris au cours des 12 derniers mois :

---

---

---

---

---



## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules

### FORMULAIRE D'ACCUEIL

Avez-vous des allergies à des médicaments ou à des aliments?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser le type de réaction s'il est connu :

Allergie	Type de réaction

Avez-vous déjà fait un don d'ovules?  Oui  Non

Si oui, veuillez mentionner les dons que vous avez faits et les renseignements nécessaires à leur sujet :

---

---

---

---

---

## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules FORMULAIRE D'ACCUEIL

### Antécédents sociaux

<p>Fumez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____ Par semaine? _____</p> <p>Depuis combien de temps fumez-vous? _____</p>
<p>Si vous fumez actuellement, êtes-vous prête à arrêter? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (veuillez préciser)</p>
<p>Avez-vous déjà consommé des drogues à usage récréatif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser les drogues et la fréquence à laquelle vous les avez consommées :</p>
<p>Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, combien de consommations par jour? _____ Par semaine? _____</p>
<p>Au cours de la dernière année, vous êtes-vous fait percer une partie du corps dans des conditions non stériles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (veuillez préciser)</p>
<p>Au cours de la dernière année, vous êtes-vous fait tatouer dans des conditions non stériles? Oui <input type="checkbox"/> Non (veuillez préciser)</p>
<p>Au cours de la dernière année, vous a-t-on administré un produit sanguin ou une transfusion? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (veuillez préciser)</p>
<p>Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays au cours des 3 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez préciser :</p>
<p>Avez-vous déjà été évaluée, diagnostiquée ou traitée pour le virus du Nil occidental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez préciser :</p>



## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules

### ÉVALUATION GÉNÉTIQUE

## 2. Évaluation génétique

Veillez remplir le tableau ci-dessous en y indiquant les renseignements demandés sur les membres de votre famille.

Antécédents génétiques et familiaux					
Membre de la famille	Origine ethnique	Âge (si vivant)	Âge au décès	Santé	Cause du décès
Père				<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise	
Mère				<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise	
Grand-mère paternelle				<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise	
Grand-père paternel				<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise	
Grand-mère maternelle				<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise	
Grand-père maternel				<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise	





## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules ÉVALUATION GÉNÉTIQUE

Un membre de votre famille a-t-il été atteint des affections ci-dessous?  
Cochez les cases applicables selon vos connaissances actuelles.

	Vous-même	Mère	Père	Grands- parents
Syndrome de Down				
Déficience intellectuelle				
Enfant mort-né				
Anomalie congénitale grave				
Fibrose kystique				
Mort subite				
Fente labiale ou fente palatine				
Pied bot				
Maladies cardiaques congénitales				
Maladie congénitale de la hanche				
Hémophilie				
Anémie				
Amyotrophie musculaire spinale				
Polyarthrite rhumatoïde				
Spina-bifida				
Maladie psychiatrique				
Surdité				
Tumeur maligne (cancer)				



## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules ÉVALUATION GÉNÉTIQUE

Veillez cocher (✓) les cases qui s'appliquent selon votre origine ethnique :

Ascendance asiatique du Sud-Est, méditerranéenne ou africaine	Vous-même	Mère	Père	Grands-parents
Drépanocytose				
Thalassémie				

Ascendance juive ashkénaze	Vous-même	Mère	Père	Grands-parents
Maladie de Tay-Sachs				
Maladie de Canavan				
Dysautonomie familiale				
Maladie de Gaucher				
Maladie de Niemann-Pick				
Anémie de Fanconi, type C				
Syndrome de Bloom				
Mucopolidose (type IV)				
Glycogénose, type 1a				
Hyperinsulinisme familial				
Maladie du sirop d'érable (leucinose), type 1b				
Déficit en dihydrolipoamide déshydrogénase				
Syndrome d'Usher				
Syndrome de Joubert				
Myopathie à bâtonnets				
Syndrome de Walker-Warburg				



## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules

### ÉVALUATION GÉNÉTIQUE

<b>Saguenay–Lac-Saint-Jean et Charlevoix</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Grands-parents</b>
Tyrosinémie, type I				
Acidose lactique congénitale, type Saguenay-Lac-Saint-Jean				
Ataxie spastique, type Charlevoix-Saguenay				
Agénésie du corps calleux associée à une neuropathie périphérique				

<b>Ascendance du Bas-Saint-Laurent (Rimouski), de la Gaspésie ou des régions limitrophes du Nouveau-Brunswick</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Grands-parents</b>
Maladie de Tay-Sachs				

<b>Ascendance crie</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Grands-parents</b>
Encéphalie crie (syndrome d'Aicardi-Goutières)				
Leucoencéphalopathie crie				

<b>Ascendance autochtone du Manitoba</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Grands-parents</b>
Syndrome cérébro-oculo-facio-squelettique (COFS)				

<b>Terre-Neuve</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Grands-parents</b>
Syndrome de Bardet-Biedl				
Céroïde-lipofuscinose neuronale				

## Dossier d'évaluation des donneuses d'ovules DÉCLARATION DE LA DONNEUSE

### DÉCLARATION DE LA DONNEUSE

Je reconnais et confirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.

\_\_\_\_\_  
*Nom de la patiente (en lettres  
moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Ville*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA-MM-JJ)*