

## Formulaire de dépistage initial

**Je souhaite être :**

- donneuse d'ovules
- donneuse d'ovules/parent d'intention
- donneur de sperme
- donneur de sperme/parent d'intention
- femme porteuse

### Identification

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

## Informations générales et antécédents sociaux

1. Pays de naissance : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous été adopté.e?  Oui  Non  Incertain.e
3. Avez-vous des allergies? Oui Non Si oui, veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_
4. Êtes-vous en couple?  Oui  Non
5. a. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin pour des raisons médicales autres que les examens de routine?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_
- b. Poids \_\_\_\_\_ Grandeur \_\_\_\_\_
6. Prenez-vous des médicaments?  Oui  Non  
Si oui, inscrivez les médicaments que vous prenez actuellement ou que vous avez pris au cours des 12 derniers mois :  
\_\_\_\_\_
7. Prenez-vous des suppléments alimentaires ou des vitamines?  Oui  Non  
Si oui, inscrivez les suppléments alimentaires ou les vitamines que vous prenez actuellement ou que vous avez pris au cours des 12 derniers mois :  
\_\_\_\_\_

8. Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale?  Oui  Non  
Si oui, indiquez lesquelles et précisez la date des opérations :

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

9. Fumez-vous?  Oui  Non

Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour : \_\_\_\_\_ ou par semaine : \_\_\_\_\_

10. Vapotez-vous?  Oui  Non

Si oui, combien de fois par jour : \_\_\_\_\_ ou par semaine : \_\_\_\_\_

11. Avez-vous déjà consommé des drogues à usage récréatif ou des drogues illicites?

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser les drogues et la fréquence à laquelle vous les avez consommées :

---

---

---

---

---

---

12. Consommez-vous de l'alcool?  Oui  Non

Si oui, combien de consommations par jour? \_\_\_\_\_ ou par semaine? \_\_\_\_\_



Veuillez noter que les questions suivantes du présent formulaire de dépistage initial peuvent se répéter dans le **formulaire de dépistage pré-don** nécessaire avant le début de votre traitement.

## Antécédents médicaux

	Souffrez- <b>vous</b> des maladies ou des troubles suivants, ou avez- <b>vous</b> reçu un diagnostic pour ces maladies et troubles?  Veuillez cocher (✓) les cases applicables et ajouter des commentaires si nécessaire.	Oui	Non	Commentaires
13.	Alcoolisme			
14.	Anémie			
15.	Anxiété			
16.	Asthme			
16.1	Autisme / trouble du spectre de l'autisme			
17.	Trouble bipolaire ou trouble maniaco-dépressif			
18.	Troubles de la coagulation			
19.	Caillots de sang dans les poumons ou les jambes			
20.	Cancer			
21.	Dépression			
22.	Diabète			
23.	Abus de drogues illicites			
24.	Troubles de l'alimentation (par exemple, anorexie, boulimie)			
25.	Hémophilie A et B			
26.	Crise cardiaque			
27.	Maladies cardiaques			
28.	Hernie			
29.	Hypertension artérielle			
30.	Maladie rénale			

		Oui	Non	Commentaires
31.	Maladie du foie			
32.	Maladie pulmonaire			
33.	Lupus			
34.	Migraines ou céphalées			
35.	Maladie neurologique ou crises d'épilepsie			
36.	Autres troubles psychiatriques (ex. schizophrénie)			
37.	Accident vasculaire cérébral (AVC)			
38.	Maladie thyroïdienne			
39.1	<b>Pour donneuse d'ovule ou femme porteuse :</b> Masse mammaire non diagnostiquée			
39.2	<b>Pour donneur de sperme :</b> Testicule non descendu (cryptorchidie) étant petit			
40.	Autres maladies systémiques majeures (par exemple, maladie de Crohn, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, etc.)			
41.	Autres :			
42.	Autres :			
43.	Autres :			



## Antécédents médicaux génétiques

	<b>Conditions médicales</b>  Veuillez cocher (✓) les cases qui s'appliquent à vous, à votre famille et ajouter des commentaires à la fin de ce tableau, le cas échéant.  *Si vous, vos enfants, vos parents, vos frères et sœurs et vos grands-parents ne sont pas concernés, choisissez « Aucun membre de ma famille ».	<b>Vous-même</b>	<b>Enfants</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Frères et sœurs</b>	<b>Grands-parents</b>	*Aucun membre de ma famille
44.	Syndrome de délétion 22q11.2 (syndrome de DiGeorge)							
44.1	Autisme / trouble du spectre de l'autisme							
45.	Trouble bipolaire ou trouble maniaco-dépressif							
46.	Trouble de la coagulation							
47.	Cécité ou troubles oculaires							
48.	Cancer							
49.	Bec-de-lièvre ou fissure du palais							
50.	Pied bot							
51.	Cataracte congénitale							
52.	Malformation cardiaque congénitale							
53.	Maladie congénitale de la hanche							
54.	Fibrose kystique							
55.	Surdité génétique							
56.	Dépression							
57.	Diabète							
58.	Syndrome de Down							
59.	Nanisme							
60.	Syndrome d'Ehler-Danlos							



	<b>Conditions médicales</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Enfants</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Frères et sœurs</b>	<b>Grands-parents</b>	<b>*Aucun membre de ma famille</b>
61.	Syndrome de l'X fragile							
62.	Syndrome de Gilbert							
63.	Hémophilie A et B							
64.	Maladies cardiaques							
65.	Hypertension artérielle							
66.	Maladie de Huntington							
67.	Syndrome de Marfan							
68.	Retard mental ou déficience intellectuelle							
69.	Dystrophie musculaire (ex : dystrophie musculaire de Duchenne/Becker)							
70.	Neurofibromatose							
71.	Maladie neurologique ou crises d'épilepsie							
72.	Polykystose rénale							
73.	Ménopause précoce							
74.	Autres troubles psychiatriques (ex : schizophrénie)							
75.	Polyarthrite rhumatoïde							
76.	Anomalie congénitale grave							
77.	Drépanocytose							
78.	Amyotrophie musculaire spinale							
79.	Accouchement d'un mort-né							
80.	Abus de substance psychoactive							
81.	Mort subite	n/a						
82.	Autre maladie génétique :							



	Veuillez cocher (✓) les cases qui s'appliquent selon votre <b>origine ethnique</b> :	<b>Vous-même</b>	<b>Enfants</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Frères et sœurs</b>	<b>Grands-parents</b>	*Aucun membre de ma famille
	<b>Ascendance asiatique du Sud-Est, méditerranéenne ou africaine</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable							
83.	Drépanocytose							
84.	Thalassémie							
	<b>Ascendance juive ashkénaze</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable							
85.	Maladie de Tay-Sachs							
86.	Maladie de Canavan							
87.	Dysautonomie familiale							
88.	Maladie de Gaucher							
89.	Maladie de Niemann-Pick							
90.	Anémie de Fanconi, type C							
91.	Syndrome de Bloom							
92.	Mucolipidose (type IV)							
93.	Glycogénose, type 1a							
94.	Hyperinsulinisme familial							
95.	Maladie des urines sirop d'étable (leucinose), type 1b							
96.	Déficit en dihydrolipoamide déshydrogénase							
97.	Syndrome d'Usher							
98.	Syndrome de Joubert							
99.	Myopathie à bâtonnets							
100.	Syndrome de Walker-Warburg							



	<b>Saguenay–Lac-Saint-Jean et Charlevoix</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable	<b>Vous-même</b>	<b>Enfants</b>	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Frères et sœurs</b>	<b>Grands-parents</b>	*Aucun membre de ma famille
101.	Tyrosinémie, type I							
102.	Acidose lactique congénitale, type Saguenay-Lac-Saint-Jean							
103.	Ataxie spastique, type Charlevoix-Saguenay							
104.	Agénésie du corps calleux associée à une neuropathie périphérique							
105.	Mucolipidose							
106.	Syndrome de Zellweger							
	<b>Ascendance du Bas-Saint-Laurent (Rimouski), de la Gaspésie ou des régions limitrophes du Nouveau-Brunswick</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable							
107.	Maladie de Tay-Sachs							
	<b>Ascendance crie</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable							
108.	Encéphalite crie (syndrome d'Aicardi-Goutières)							
109.	Leucoencéphalopathie crie							
	<b>Ascendance autochtone du Manitoba</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable							
110.	Syndrome cérébro-oculo-facio-squelettique (COFS)							
	<b>Terre-Neuve</b> <input type="checkbox"/> Applicable <input type="checkbox"/> Non applicable							
111.	Syndrome de Bardet-Biedl							
112.	Céroïde-lipofuscinose neuronale							



Veuillez indiquer vos commentaires pour chaque case cochée (✓) dans le tableau ci-dessus.

N° de la question	Commentaires

## Informations sur la famille

113.	Informations sur la famille				
Membre de la famille	Origine ethnique	Âge (si vivant)	Santé	Âge au décès	Raison 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		
Frères et sœurs			<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		



## Dépistage des maladies infectieuses

	Souffrez-vous des maladies infectieuses suivantes, ou avez-vous reçu un diagnostic pour ces maladies par le passé?	Oui	Non	Commentaires /dates
114.	Chlamydia			
115.	Gonorrhée			
116.	Herpès génital			
117.	Syphilis			
118.	VIH			
119.	Hépatite B			
120.	Hépatite C			
121.	HTLV-1, HTLV-2			
122.	Verrues génitales, ulcères génitaux, écoulement urétral			
123.	Autres infections transmissibles sexuellement (ITS)			
124.	Encéphalopathie spongiforme transmissible ou maladies liées aux prions, comme la maladie de Creutzfeldt-Jakob (maladie liée à la maladie de la vache folle).  Et/ou  Un membre de votre famille a-t-il été diagnostiqué comme étant atteint d'une maladie liée aux prions (maladie de Creutzfeldt-Jakob)?			
125.	Encéphalite active ou Méningite			
126.	Démence, maladie dégénérative ou démyélinisante du système nerveux central ou autre maladie neurologique de cause inconnue			

	<b>Maladies infectieuses</b>	Oui	Non	<b>Commentaires/dates</b>
127.	Syndrome post-COVID-19			
128.	Autre maladie infectieuse grave nécessitant une hospitalisation			
	<b>Autres questions relatives aux maladies infectieuses :</b>	Oui	Non	<b>Commentaires/dates</b>
129.	Avez-vous reçu un produit sanguin ou une transfusion sanguine dans le passé?			
130.	Avez-vous reçu des hormones de croissance humaines?			
131.	Avez-vous reçu de la dure-mère (tissu du cerveau ou de la colonne vertébrale)?			

	<b>Indications de risque élevé pour le VIH, l'hépatite B et C, et les maladies causées par le virus T-lymphotrope humain (HTLV)</b>	Oui	Non	<b>Commentaires/dates</b>
132.	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous eu recours à des injections intraveineuses, intramusculaires ou sous-cutanées de médicaments à des fins <b>non médicales</b> ?			
133.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne ayant utilisé des drogues injectées par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée à des fins <b>non médicales</b> ?			
134.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues?			
135.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec une personne qui a eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues?			
136.	Au cours des quatre (4) derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour lutter contre l'infection par le VIH, tels qu'une prophylaxie préexposition ou une prophylaxie postexposition?			
137.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne qui a pris des médicaments pour lutter contre une infection par le VIH (voir item 138.), une personne atteinte du VIH, d'une hépatite B cliniquement active ou d'une hépatite C cliniquement active?			

		Oui	Non	Commentaires/dates
138.	Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels anaux avec un nouveau partenaire? <b>(Donneur de sperme seulement)</b>			
139.	Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous eu de multiples partenaires sexuels et eu des rapports sexuels anaux avec l'un de ces partenaires au cours de cette période? <b>(Donneur de sperme seulement)</b>			
140.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été exposé à du sang infecté ou suspecté d'être infecté par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C par inoculation percutanée ou par contact avec une plaie ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse (bouche, œil, nez, pénis, anus)?			
141.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous séjourné dans un établissement pénitentiaire, une prison ou un centre de détention pendant plus de 72 heures consécutives?			
142.	Au cours des douze (12) derniers mois, vous êtes-vous fait faire un tatouage, un perçage d'oreille ou un perçage corporel pour lequel des procédures stériles n'ont pas été utilisées?			
143.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu des contacts étroits (par exemple, en vivant sous le même toit, en vous occupant d'une personne) avec une autre personne atteinte d'une hépatite B ou C cliniquement active?			
144.	Avez-vous des antécédents d'infection par le VIH-1, le VIH-2, le HTLV-1, le HTLV-2, l'hépatite B cliniquement active ou l'hépatite C cliniquement active?			
145.	Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous reçu, vous ou votre/vos partenaire(s) sexuel(s), du sang, des composants sanguins, des produits sanguins ou d'autres tissus humains connus pour être des sources possibles d'infections transmises par le sang?			
146.	Au cours des six (6) derniers mois, avez-vous consommé de la cocaïne par voie intranasale?			

	<b>Indication d'un risque élevé d'infection par le virus du Nil occidental</b>	Oui	Non	Commentaires
147.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou été soupçonné d'avoir une infection au Virus du Nil Occidental (fondé sur des symptômes et/ou des résultats de laboratoire, ou une virémie confirmée au VNO) au cours des 120 jours précédents, suite au diagnostic ou à l'apparition de la maladie, selon le dernier cas?			
	<b>Historique de voyage</b>	Oui	Non	Commentaires
148.	Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 3 derniers mois?			Si oui, dans quel pays? _____

- **Section 2 – Donneuse d'ovules :**  
complétez et signez cette section si vous êtes une donneuse d'ovules ou un parent d'intention (femme)
- **Section 3 – Donneur de sperme :**  
complétez et signez cette section si vous êtes un donneur de sperme ou un parent d'intention (homme)
- **Section 4 – Femme porteuse :**  
complétez et signez cette section si vous êtes une femme porteuse.

**Les donneuses d'ovules, donneurs de sperme et femmes porteuses doivent compléter le formulaire intitulé Information sur le profil à la dernière page.**



## SECTION 2 – DONNEUSE D’OVULES

### Antécédents reproductifs, gynécologiques et obstétriques

1. Âge des premières menstruations : \_\_\_\_\_

Avez-vous vos règles de façon régulière?  Oui  Non

Fréquence de vos règles : \_\_\_\_\_ (ex : cycle de 28 jours ou 35 jours)

2. Avez-vous des règles douloureuses?  Oui  Non

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

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

3. Êtes-vous sexuellement active?  Oui  Non

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

Si oui, quelle(s) méthode(s) de contraception utilisez-vous?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive   | <input type="checkbox"/> DIU (stérilet) en cuivre              |
| <input type="checkbox"/> Patch Evra ou NuvaRing | <input type="checkbox"/> DIU aux hormones ou implant Nexplanon |
| <input type="checkbox"/> Préservatif            | <input type="checkbox"/> Méthode du retrait ou du calendrier   |
| <input type="checkbox"/> Diaphragme             |  |

5. Avez-vous déjà passé un test Pap?  Oui  Non

Si oui, précisez la date de votre dernier test Pap et le résultat obtenu :

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

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

7. Avez-vous déjà subi une colposcopie avec ou sans biopsie du col de l'utérus?

Oui  Non

8. Avez-vous déjà été enceinte?  Oui  Non Si oui, précisez :

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

Nombre de fausses couches : \_\_\_\_\_

Nombre d'avortements ou d'interruptions de grossesse : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants vivants : \_\_\_\_\_

### SECTION 2 – DONNEUSE D'OVULES (suite)

	Sexe	Année de naissance	Semaines de grossesse à l'accouchement	Problèmes médicaux de l'enfant?
Premier enfant				
Deuxième enfant				
Troisième enfant				
Quatrième enfant				

9. Avez-vous déjà fait un don d'ovules?  Oui  Non Si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_

Mois/année	Nom de la clinique	Nombre d'ovules prélevés	Grossesses résultant de ces dons
Cycle 1			
Cycle 2			
Cycle 3			

10. Au cours de vos cycles ou des prélèvements d'ovules précédents, avez-vous eu des complications?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### DÉCLARATION DE LA DONNEUSE D'OVULES

Selon la loi du Québec sur la *Connaissance des origines en matière de procréation assistée impliquant la contribution d'un tiers*, je comprends que le Centre de la Reproduction du CUSM doit transmettre certaines informations concernant le profil d'une personne ayant contribué à la procréation d'un enfant au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour inscription au Registre des origines.

Je reconnais et confirme que les renseignements dans les **Sections 1 et 2** ci-dessus sont véridiques et complets.

Je reconnais que tout détail contenu dans le présent document sera également divulgué à la receveuse dans le cadre de la procédure de don d'ovules, ou à la femme porteuse dans le cadre d'un projet de gestation pour autrui.

#### **Donneuse d'ovules**

Je confirme que je connais bien la receveuse à laquelle j'ai consenti à donner mes ovules.

Je confirme que j'informerai la receveuse ainsi que la clinique de tout changement à mon état de santé, que ce soit avant ou après le don, qui pourrait poser un risque pour la santé ou la sécurité de la receveuse ou du bébé.

Je confirme que je n'ai pas fait de dons à plus de dix (10) receveuses/familles/projets parentaux.

---

Nom (en lettres moulées)

---

Signature

---

Ville

---

Date (AAAA-MM-JJ)

#### **Parent d'intention**

Je comprends que, dans le cadre de mon projet parental avec gestation pour autrui, mes ovules seront traités comme des ovules de donneuse pour respecter les règles de Santé Canada et que ce dépistage ne fait pas partie d'une procédure de don.

Je confirme que j'informerai la femme porteuse et la clinique de tout changement à mon état de santé — avant ou après le prélèvement d'ovules— qui pourrait poser un risque pour la santé ou la sécurité de la femme porteuse.

---

Nom (en lettres moulées)

---

Signature

---

Ville

---

Date (AAAA-MM-JJ)

### SECTION 3 – DONNEUR DE SPERME

#### Antécédents reproductifs et urogénitaux

1. Êtes-vous sexuellement actif?  Oui  Non
2. Utilisez-vous des condoms?  Oui  Non
3. Avez-vous eu des enfants?  Oui  Non

Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

	Sexe	Année de naissance	Semaines de grossesse à l'accouchement	Problèmes médicaux de l'enfant?
Premier enfant				
Deuxième enfant				
Troisième enfant				
Quatrième enfant				

4. Avez-vous déjà fait un don de sperme?  Oui  Non

Si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_

Mois/année	Nom de la clinique	Insémination à domicile	Grossesses résultant de ces dons
Premier don :			
Deuxième don :			
Troisième don :			



### SECTION 3 – DONNEUR DE SPERME (suite)

#### DÉCLARATION DU DONNEUR DE SPERME

Selon la loi du Québec sur la *Connaissance des origines en matière de procréation assistée impliquant la contribution d'un tiers*, je comprends que le Centre de la Reproduction du CUSM doit transmettre certaines informations concernant le profil d'une personne ayant contribué à la procréation d'un enfant au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour inscription au Registre des origines.

Je reconnaiss et confirme que les renseignements dans les **Sections 1 et 3** ci-dessus sont véridiques et complets.

Je reconnaiss que tout détail contenu dans le présent document sera également divulgué à la receveuse dans le cadre de la procédure de don de sperme, ou à la femme porteuse dans le cas d'un projet de gestation pour autrui.

#### Donneur de sperme

Je confirme que je connais bien la receveuse à laquelle j'ai consenti à donner mon sperme.

Je confirme que j'informerai la receveuse ainsi que la clinique de tout changement à mon état de santé, que ce soit avant ou après le don, qui pourrait poser un risque pour la santé ou la sécurité de la receveuse ou du bébé.

Je confirme que je n'ai pas fait de dons à plus de dix (10) receveuses/familles/projets parentaux.

---

Nom (en lettres moulées)

---

Signature

---

Ville

---

Date (AAAA-MM-JJ)

#### Parent d'intention

Je comprends que, dans le cadre de mon projet parental avec gestation pour autrui, mon sperme sera traité comme du sperme de donneur pour respecter les règles de Santé Canada et que ce dépistage ne fait pas partie d'une procédure de don.

Je confirme que j'informerai la femme porteuse et la clinique de tout changement à mon état de santé qui pourrait poser un risque pour la santé ou la sécurité de la femme porteuse.

---

Nom (en lettres moulées)

---

Signature

---

Ville

---

Date (AAAA-MM-JJ)



## SECTION 4 - FEMME PORTEUSE

### Antécédents reproductifs, gynécologiques et obstétriques

1. Âge des premières menstruations : \_\_\_\_\_

Avez-vous vos règles de façon régulière?  Oui  Non

Fréquence de vos règles : \_\_\_\_\_ ( ex : cycle de 28 jours ou 35 jours)

2. Avez-vous des règles douloureuses?  Oui  Non

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

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

3. Êtes-vous sexuellement active?  Oui  Non

4. Si vous êtes sexuellement active, utilisez-vous une méthode de contraception?

Oui  Non

Si oui, quelle(s) méthode(s) de contraception utilisez-vous?

Pilule contraceptive

DIU (stérilet) en cuivre

Patch Evra ou NuvaRing

DIU aux hormones ou implant Nexplanon

Préservatif

Méthode du retrait ou du calendrier

Diaphragme

5. Avez-vous déjà passé un test Pap?  Oui  Non

Si oui, précisez la date de votre dernier test Pap et le résultat obtenu :

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

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

7. Avez-vous déjà subi une colposcopie avec ou sans biopsie du col de l'utérus?

Oui  Non

8. Avez-vous déjà été enceinte?  Oui  Non Si oui, précisez :

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

Nombre de fausses couches : \_\_\_\_\_

Nombre d'avortements ou d'interruptions de grossesse : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants vivants : \_\_\_\_\_

### SECTION 4 - FEMME PORTEUSE (suite)

	Sexe	Année de naissance	Semaines de grossesse à l'accouchement	Problèmes médicaux de l'enfant?
Premier enfant				
Deuxième enfant				
Troisième enfant				
Quatrième enfant				

9. Avez-vous déjà été femme porteuse ?  Oui  Non Si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_

	Mois/ Année du transfert d'embryon	Nom de la clinique	Nombre d'embryon(s) transferé(s)	Résultat	Semaines de grossesse à l'accouchement	Problèmes médicaux de l'enfant?	Allaitement?
1							
2							
3							
4							

10. Au cours de vos transferts d'embryons ou de vos grossesses, avez-vous eu des complications?

---



---



### SECTION 4 - FEMME PORTEUSE (suite)

#### DÉCLARATION DE LA FEMME PORTEUSE

Selon la loi du Québec sur la *Connaissance des origines en matière de procréation assistée impliquant la contribution d'un tiers*, je comprends que le Centre de la Reproduction du CUSM doit transmettre certaines informations concernant le profil d'une personne ayant contribué à la procréation d'un enfant au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour inscription au Registre des origines.

Je reconnais et confirme que les renseignements dans les **Sections 1 et 4** ci-dessus sont véridiques et complets.

Je confirme que je connais le(s) parent(s) d'intention à qui j'ai consenti à porter leur enfant.

Je reconnais que les informations contenues dans ce document seront également partagées avec le(s) parent(s) d'intention dans le cadre du processus de gestation pour autrui.

Nom (en lettres moulées)

Signature

Ville

Date (AAAA-MM-JJ)

Identification	
Nom :	Adresse :
Prénom :	Ville : Code postal :
Date de naissance :	Province : Pays :
RAMQ :	Numéro de téléphone :
Carte d'hôpital (#RVH) :	Courriel :

## Information générale

Âge : \_\_\_\_\_

Origines ethniques : \_\_\_\_\_

État civil : \_\_\_\_\_

Niveau d'éducation, diplômes et sujet d'étude :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Profession(s) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Renseignements relatifs aux caractéristiques physiques

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Couleur de la peau : \_\_\_\_\_

Couleur des yeux : \_\_\_\_\_

Couleur et texture des cheveux naturels :  
 \_\_\_\_\_

Traits de personnalité : \_\_\_\_\_

Compétences particulières : \_\_\_\_\_

Préférences et loisirs : \_\_\_\_\_

Selon la loi du Québec et le [Règlement concernant les renseignements sur le profil de la personne qui a contribué à la procréation d'un enfant dans le cadre d'un projet parental \(D106-2024\)](#), je comprends que le Centre de la Reproduction du CUSM doit transmettre certaines informations concernant le profil d'une personne ayant contribué à la procréation d'un enfant au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour inscription au Registre des origines.

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

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
Lieu

\_\_\_\_\_  
Date