

<i>Patient(e)</i>  NUMÉRO/EMPREINTE CARTE BLEUE HRV PATIENT(E)	<i>Partenaire (si applicable)</i>  NUMÉRO/EMPREINTE CARTE BLEUE HRV PARTENAIRE
--	--

Veuillez remplir ce formulaire et préparer une liste de questions que vous voulez poser au médecin. Toutes les informations fournies seront traitées de manière strictement confidentielle.

**Médecin traitant**  
(si applicable)

Nom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Généraliste

Gynécologue

Autre spécialité

### INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

	Patient(e)	Partenaire
<b>Prénom</b>	_____	_____
<b>Nom de famille</b>	_____	_____
<b>Sexe (M/F/Autre)</b>	_____	_____
<b>Date de naissance</b>	_____	_____
<b>Âge</b>	_____	_____
<b>Occupation</b>	_____	_____

### Santé générale

	Patient(e)	Partenaire
<b>Taille</b>	_____	_____
<b>Poids</b>	_____	_____
<b>Fumez-vous?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez le nombre de cigarettes par semaine.	_____	_____
<b>Consommez-vous de l'alcool?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez le nombre de verres par semaine.	_____	_____

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX – PATIENT(E) QUI CONSULTE

### Conditions médicales

Avez-vous eu des maladies, incluant un problème de santé mentale, dans le passé?

Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

Y a-t-il des maladies sérieuses dans votre famille?

(Exemple : la drépanocytose/la thalassémie) Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

### Chirurgies antérieures

Avez-vous eu des chirurgies dans le passé? Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

### Médicaments

Prenez-vous des médicaments à long terme? Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

### Allergies

Avez-vous des allergies? Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

## SECTION RÉSERVÉE AUX PATIENTES DE SEXE FÉMININ

### Cytologie

Date de la dernière cytologie : \_\_\_\_\_ Résultat :  Normal  Anormal

Avez-vous déjà eu un résultat de cytologie anormal?  Oui  Non Si oui, indiquez la date \_\_\_\_\_

### GROSSESSES ANTÉRIEURES

Année	Résultat	Partenaire actuel/actuelle?
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (PARTENAIRE)

### Conditions médicales

Avez-vous eu des maladies, incluant un problème de santé mentale, dans le passé?

Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

Y a-t-il des maladies sérieuses dans votre famille?

(Exemple : la drépanocytose/la thalassémie) Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

### Chirurgies antérieures

Avez-vous eu des chirurgies dans le passé? Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

### Médicaments

Prenez-vous des médicaments à long terme? Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

### Allergies

Avez-vous des allergies? Si oui, veuillez détailler :

Oui  Non

## SECTION RÉSERVÉE AUX PARTENAIRES DE SEXE FÉMININ

### Cytologie

Date de la dernière cytologie : \_\_\_\_\_ Résultat :  Normal  Anormal

Avez-vous déjà eu un résultat de cytologie anormal?  Oui  Non Si oui, indiquez la date \_\_\_\_\_

### GROSSESSES ANTÉRIEURES

Année	Résultat	Partenaire actuel/actuelle?
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### ANTÉCÉDENTS D'INFERTILITÉ

En tant que couple, depuis combien d'années avez-vous des rapports sexuels sans contraception ? \_\_\_\_\_ année(s)

non applicable

Avez-vous déjà eu des investigations pour infertilité? Si oui, veuillez détailler :

Patient(e)  Oui  Non Partenaire  Oui  Non

### TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Complétez le tableau suivant si vous avez déjà eu une induction de l'ovulation avec ou sans insémination intra-utérine :

	Traitement 1	Traitement 2	Traitement 3	Traitement 4	Traitement 5
Année					
Nombre de cycles					
Clinique de fertilité					
Clomiphène (Oui/Non)					
Gonadotrophines (Oui/Non)					
Insémination Intra-utérine (Oui/Non)					
Partenaire/Donneur					
Traitement abandonné (Oui/Non)					
Grossesse (Oui/Non)					

Avez-vous déjà fait un traitement de fécondation in vitro?  Oui  Non

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5
Année					
Médecin					
Centre					
Dose de Gonadotrophines					
Nombre d'ovules obtenus					
Nombre d'ovules fécondés					
Nombre d'embryons transférés					
ICSI (Oui/Non)					
Sperme Partenaire/Donneur					
Cycle abandonné (Oui/Non)					
Grossesse (Oui/Non)					