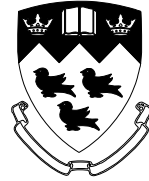




Centre universitaire de santé McGill

Centre de reproduction McGill



Veillez compléter le formulaire et l'apporter avec vous lors de votre rendez-vous. De plus, afin de pouvoir mieux vous informer, veuillez lire la documentation sur le centre et préparer une liste de questions que vous voudriez poser au médecin lors de votre première rencontre, si besoin en est. Veuillez noter que toutes données seront traitées confidentiellement.

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

	Femme	Homme
1. Nom de famille	_____	_____
2. Prénom	_____	_____
3. Date de naissance	_____ Âge _____	_____ Âge _____
4. Etat civil	_____	_____
5. Nom de fille	_____	_____
6. Occupation	_____	_____
7. No. de téléphone (maison)	_____	_____
8. No. de téléphone (travail)	_____	_____
	<small>Pouvons-nous vous téléphoner à ce numéro? Oui/Non</small>	<small>Pouvons-nous vous téléphoner à ce numéro? Oui/Non</small>
9. No. d'assurance maladie:	_____	_____
	Date d'expiration : ____/____	Date d'expiration : ____/____
10 Adresse au Canada:		Adresse à l'étranger:
Rue:	_____	_____
Ville:	_____	Pays: _____
Code Postal:	_____	_____
Adresse courriel :	_____	
Carte de crédit (pour patient de l'extérieur seulement) :	_____ MC/VISA/AMEX	
Date d'expiration :	_____	
11. Médecin référent:	Généraliste/Gynécologue/Autres spécialité	
Nom:	_____	No.de tél.: _____
Adresse:	_____	

Femme

Taille: _____ Poids: _____

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. Est-ce que vos menstruations ont déjà cessé? (excluant grossesse) Oui/Non

17. Grossesses antérieures:	Partenaire actuel	Partenaires antérieurs
Année et résultat de la grossesse	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

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/ Hystéroscopie/ 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: _____

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 d'infertilité:

35. En tant de couple, depuis combien d'années avez vous des rapports sexuel sans contraception? ___ 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), GIFT (*Gamete Intra-Fallopian tube transfer*) ou ZIFT (*Zygote Intra-Fallopian tube Transfer*)?

Oui/Non

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant:

	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5
Année					
Médecin					
Centre					
No. ampoules de Gonadotrophines					
Nombre d'ovules obtenus					
Nombre d'ovules fécondés					
Nombre d'embryons transférés					
ICSI (oui/non)					
Conjoint/Donneur					
Cycle abandonné (oui/non)					
Grossesse (oui/non)					

Partenaire mâle

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

Si oui, veuillez détailler:

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

Si oui, veuillez détailler:

47. Avez-vous des allergies? Oui/Non

Si oui, veuillez détailler:

48. Combien de cigarettes fumez-vous par semaine? _____ par semaine (Inscrire "0" si non-fumeur)

49. Combien d'alcool consommez-vous par semaine? _____ ml / oz par semaine

Partenaire femme

Les aspects psychosociaux
(à être rempli séparément par chacun des conjoints)

50. A-t-on déjà diagnostiqué un problème psychologique ou émotionnel dans votre cas? Oui/Non_____. Si oui, veuillez le décrire.

51. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou reçu une assistance psychologique? Oui/Non_____. Si oui, Quand?_____ Durée?_____ Type d'intervention?

52. Vous décririez-vous comme une personne angoissée? Oui/Non_____

53. Vous décririez-vous comme une personne émotive? Oui/Non_____

54. À part l'infertilité, vivez-vous des tensions inhabituelles (sur le plan personnel, au travail ou dans vos relations) ? Oui/Non_____. Si oui, veuillez les décrire.

55. Pensez-vous que vous bénéficiez d'un fort réseau de soutien pour vous aider dans le processus du traitement de fertilité? Oui/Non_____. Si oui, veuillez le décrire.

56. L'infertilité a-t-elle un effet négatif sur :

- Vos interactions avec vos amis ou votre famille? Oui/Non_____
- Vos rapports sexuels? Oui/Non_____
- Votre amour-propre? Oui/Non_____
- Votre image de vous-même? Oui/Non_____

57. Craignez-vous de ne pouvoir faire face adéquatement à l'un ou l'autre des aspects du processus de traitement? Oui/Non _____. Si oui, veuillez expliquer.

58. Est-ce que vous avez des préoccupations d'ordre religieux qui pourraient avoir une incidence sur votre traitement de fertilité? Oui/Non _____. Si oui, veuillez expliquer.

Partenaire mâle

Les aspects psychosociaux
(à être rempli séparément par chacun des conjoints)

50. A-t-on déjà diagnostiqué un problème psychologique ou émotionnel dans votre cas? Oui/Non_____. Si oui, veuillez le décrire.

51. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou reçu une assistance psychologique? Oui/Non_____. Si oui, Quand?_____ Durée?_____ Type d'intervention?

52. Vous décririez-vous comme une personne angoissée? Oui/Non_____

53. Vous décririez-vous comme une personne émotive? Oui/Non_____

54. À part l'infertilité, vivez-vous des tensions inhabituelles (sur le plan personnel, au travail ou dans vos relations) ? Oui/Non_____. Si oui, veuillez les décrire.

55. Pensez-vous que vous bénéficiez d'un fort réseau de soutien pour vous aider dans le processus du traitement de fertilité? Oui/Non_____. Si oui, veuillez le décrire.

56. L'infertilité a-t-elle un effet négatif sur :

- Vos interactions avec vos amis ou votre famille? Oui/Non_____
- Vos rapports sexuels? Oui/Non_____
- Votre amour-propre? Oui/Non_____
- Votre image de vous-même? Oui/Non_____

57. Craignez-vous de ne pouvoir faire face adéquatement à l'un ou l'autre des aspects du processus de traitement? Oui/Non_____. Si oui, veuillez expliquer.

58. Est-ce que vous avez des préoccupations d'ordre religieux qui pourraient avoir une incidence sur votre traitement de fertilité? Oui/Non_____. Si oui, veuillez expliquer.

Pour usage du médecin seulement

Examen de la femme à la clinique:

Résumé:

Diagnostic provisoire:

Date:

Plan d'action:

Médecin:

Évaluation d'infirmière :

Date:

Infirmière:

Visite de retour:

Date:

Visite de retour:

Date:

Visite de retour:

Date:

Visite de retour:

Date:

Visite de retour:

Date:

Visite de retour:

Date:
