



Formulaire d'auto-évaluation

Veillez compléter ce formulaire et l'apporter avec vous lors de votre prochain rendez-vous. De plus, il est important de lire le document intitulé « Information et liste de vérification pour les nouveaux patients » en vue de préparer les questions que vous désiriez poser au médecin lors de votre première rencontre. *(SVP écrire en lettres moulées)*

Patient(e)

Partenaire

1. No. Assurance maladie

Date expiration _____ / _____

Date expiration _____ / _____

2. Nom de famille

3. Prénom

4. Date de naissance (aaaa/mm/jj)

_____/_____/_____
_____ans

_____/_____/_____
_____ans

5. État civil

6. Nom de jeune fille

7. Nom de jeune fille de votre mère

8. Occupation

9. No. de téléphone (Maison)

10. No. de téléphone (Cellulaire)

11. No. de téléphone (Travail)

Pouvons-nous laisser un message?

Oui Non

Oui Non

12. Adresse courriel

13. Adresse au Canada : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Province : _____

14. Adresse à l'étranger : _____

Ville : _____

Pays : _____

No. de téléphone : _____

15. Médecin référent : Médecin de famille Gynécologue Autre _____

Nom: _____

Permis: _____

No de téléphone : _____

Patient(e)

1. Quelle est votre taille ? _____ Votre poids ? _____

2. Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Historique menstruel

3. À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations ? _____ ans

4. Quelle est la fréquence de vos menstruations ? _____ jours / _____
(Exemple: Moyenne 28 jours / intervalle 26-35 jours) moyenne intervalle

5. Quelle est la durée de vos menstruations ? _____ jours

6. Avez-vous des menstruations douloureuses ? Oui Non

Si oui, précisez l'intervalle _____

(Le premier jour de votre cycle correspond au premier jour de saignement)

Exemple : Jour 1 ou Jours 3-5

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

8. Grossesses antérieures

(Écrivez la première lettre)

Naissance (N)

Avortement (A)

Fausse couche (F)

Partenaire actuel		Partenaire(s) antérieur(s)	
Type	Année	Année	Année

9. Contraception :

Contraceptifs oraux : Oui Non Date _____ / _____ / _____ Durée totale d'utilisation _____ Marque : _____

Stérilet : Oui Non _____ / _____ / _____ _____ Type: _____

Autre : _____

Stérilisation : Oui Non

Historique gynécologique

10. Avez-vous un historique de : Pertes vaginales nécessitant des traitements Appendicectomie
 Maladies inflammatoires pelviennes (Salpingite) Hystéroscopie
 Maladies transmises sexuellement Laparoscopie
 Chirurgie cervicale (par laser ou électrocoagulation) Chirurgie tubaire

11. Avez-vous subi quelque autre opération abdominale ? Oui Non

Si oui, précisez _____

12. Date de la dernière cytologie : _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ

13. Est-ce que le résultat était normal ? Oui Non

14. Avez-vous déjà eu un résultat de cytologie anormal ? Oui Non



Si oui, précisez la date: _____ / _____ / _____

Historique sexuel

15. En moyenne, à quelle fréquence avez-vous des relations sexuelles ? _____ /semaine

État de santé général

16. Votre poids est-il : Stable En augmentation En diminution

17. Avez-vous déjà eu la varicelle ? Oui Non

Si non, avez-vous déjà été immunisé contre la varicelle? Oui Non

18. Avez-vous déjà eu des maladies sérieuses dans le passé ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

19. Avez-vous déjà eu des sécrétions au niveau des seins ? Oui Non

20. Avez-vous des problèmes de pilosité ? Oui Non

(Exemple: poils faciaux)

21. Avez-vous des problèmes génétiques dans votre famille ? Oui Non

(Exemple : anémie falciforme / thalassémie)

Si oui, précisez : _____

22. Avez-vous des problèmes cardiaques et/ou pulmonaires dans votre famille ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

23. Prenez-vous des médicaments à long terme ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

24. Êtes-vous fumeur ? Oui Non Si oui, combien de cigarettes fumez-vous ? _____ /semaine

25. Combien d'alcool consommez-vous par semaine ? _____ /semaine

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

Si oui, précisez : _____

Historique d'infertilité

27. Depuis combien d'années avez-vous des rapports sexuels sans contraception ? _____ ans

28. Avez-vous déjà eu des investigations pour infertilité ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

29. Veuillez compléter le tableau suivant si vous avez déjà eu une induction d'ovulation avec ou sans insémination intra-utérine

	Traitement 1	Traitement 2	Traitement 3	Traitement 4	Traitement 5
Année					
Nombre de cycles					
Centre					
Clomifène (oui/non)					
Gonadotrophines (oui/non)					
Insémination Intra-utérine (oui/non)					
Conjoint / Donneur					
Traitement abandonné (oui/non)					
Grossesse (oui/non)					

30. Avez-vous déjà eu un traitement de 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

1. 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 du testicule ou d'épididyme
- Oreillons à l'âge adulte
- Cystoscopie
- Vasectomie
- Chirurgie au niveau du scrotum)
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

Si vous avez eu une de ces conditions ou traitements, veuillez préciser :

2. Avez-vous des allergies ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

3. Avez-vous des enfants de relations antérieures ?

Oui Non

Si oui, combien ? _____

4. Avez-vous des problèmes sexuels ?

Oui Non

5. Êtes-vous capable de produire un échantillon de sperme par masturbation ?

Oui Non

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

Oui Non

Si oui, précisez : _____

7. Prenez-vous des médicaments à long terme ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____



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

Oui Non

Si oui, précisez : _____

9. Avez-vous des problèmes cardiaques et/ou pulmonaires dans votre famille ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

10. Êtes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes fumez-vous ? _____ /semaine

11. Combien d'alcool consommez-vous par semaine ?

_____ /semaine

Patient(e)**Aspects psychosociaux**

(Remplir séparément par chacun des partenaires)

1. Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) d'un problème psychologique ou émotionnel ? Oui NonSi oui, détaillez : _____
_____**2. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou reçu une assistance psychologique ?** Oui Non

Si oui, quand ? _____

Durée ? _____

Type d'intervention ? _____

3. Vous décririez-vous comme une personne angoissée ? Oui Non**4. Vous décririez-vous comme une personne émotive ?** Oui Non**5. À part l'infertilité, vivez-vous des tensions inhabituelles (sur le plan personnel, au travail ou dans vos relations) ?** Oui NonSi oui, détaillez : _____
_____**6. Pensez-vous que vous bénéficiez d'un fort réseau de soutien pour vous aider à travers le processus de traitement d'infertilité?** Oui NonSi oui, détaillez : _____
_____**7. 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 ? Oui Non

8. Craignez-vous de ne pas pouvoir faire face adéquatement à un aspect quelconque du traitement? Oui NonSi oui, expliquez : _____
_____**9. Avez-vous des préoccupations d'ordre religieux qui pourraient avoir une incidence sur votre traitement d'infertilité?** Oui NonSi oui, expliquez : _____

Partenaire

Aspects psychosociaux

(Remplir séparément par chacun des partenaires)

1. Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) d'un problème psychologique ou émotionnel ? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

2. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou reçu une assistance psychologique ? Oui Non

Si oui, quand ? _____

Durée ? _____

Type d'intervention ? _____

3. Vous décririez-vous comme une personne angoissée ? Oui Non

4. Vous décririez-vous comme une personne émotive ? Oui Non

5. À part l'infertilité, vivez-vous des tensions inhabituelles (sur le plan personnel, au travail ou dans vos relations) ? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

6. Pensez-vous que vous bénéficiez d'un fort réseau de soutien pour vous aider à travers le processus de traitement d'infertilité? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

7. 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 ? Oui Non

8. Craignez-vous de ne pas pouvoir faire face adéquatement à un aspect quelconque du traitement? Oui Non

Si oui, expliquez : _____

9. Avez-vous des préoccupations d'ordre religieux qui pourraient avoir une incidence sur votre traitement d'infertilité? Oui Non

Si oui, expliquez : _____