



## QUESTIONNAIRE POUR PREMIERE CONSULTATION

Madame, Monsieur, ce questionnaire a pour but de préparer votre première consultation. Merci de prendre le temps d'y répondre avec soin et de **l'imprimer pour votre premier rendez-vous.**

---

MADAME 

### 1 Mode de vie

Profession (exposition potentielle à des toxiques) :

.....  
.....

Poids et taille : .....

Activité physique : .....

Tabac : oui  non

Cannabis : oui  non

Alcool : oui  non

**2 Depuis combien de temps avez vous arrêté votre contraception ou avez vous des rapports non protégés avec votre partenaire actuel ?**

.....  
.....

**3 Avez-vous déjà été enceinte ?**

- De votre partenaire actuel : date et devenir des grossesses (Naissance, fausse-couche, IVG, grossesse extra utérine ?)

.....  
.....  
.....  
.....

- D'autres partenaires : date et devenir des grossesses (Naissance, fausse-couche, IVG, grossesse extra utérine ?)

.....  
.....  
.....  
.....

**4 Avez-vous déjà été opérée ?**

- En quelle année : .....

- Nature de l'intervention : .....

*Amener le Compte rendu opératoire si possible*

## **5 Avez-vous déjà eu des problèmes de santé particuliers ?**

- Maladie migraineuse
- Diabète
- HTA
- Allergies médicamenteuses ou non
- Maladie de la coagulation
- Phlébite, embolie pulmonaire
- Accident vasculaire / Infarctus
- Maladie de l'hémoglobine connue (drépanocytose, thalassémie)
- Maladie génétique connue
- Infection sexuellement transmissible
- Autre

## **6 Antécédents gynécologiques**

- Age des premières règles : .....
- Avez-vous des cycles réguliers ? fréquence des cycles ?  
.....
- Avez-vous des règles douloureuses : Oui  Non
- Avez vous déjà eu une infection sexuellement transmissible :  
Oui  Non
- Date de votre dernier frottis : .....

## **7 ANTECEDENTS FAMILIAUX**

Dans votre famille proche certaines personnes ont elles présenté :

- Un cancer du sein

- Un cancer des ovaires
- Un cancer de l'endomètre
- Un cancer du colon
- Une phlébite ou une embolie pulmonaire
- Un accident vasculaire cérébral
- Un Infarctus du myocarde
- Une maladie génétique
- Une malformation congénitale

## 8 TRAITEMENTS DEJA ENTREPRIS

Avez vous déjà eu un traitement pour essayer d'être enceinte (stimulation de l'ovulation, insémination intra-utérine, FIV, FIV-ICSI) ?

Oui  Non

Si oui lequel et à quelle date : .....

**Monsieur** 

### 1 Mode de vie

Profession (exposition potentielle à des toxiques) :

.....  
.....

Poids et taille : .....

Activité physique : .....

Tabac : Oui  Non

Cannabis : Oui  Non

Alcool : Oui  Non

**2 Avez-vous déjà été à l'origine de grossesses ? Avez vous déjà eu des enfants ?**

Oui  Non

**3 Avez-vous déjà eu des problèmes de santé particuliers ?**

Oui  Non

❖ Si oui lesquels : .....

❖ prenez-vous des médicaments particuliers ?

.....

.....

**4 Avez vous déjà été opéré ?**

Oui  Non

Nature et date de l'intervention :

.....

.....

**5 Avez vous déjà eu des problèmes urologiques ?**

- Ectopie testiculaire (testicule non descendu dans les bourses ?)
- Torsion testiculaire
- Chirurgie de varicocèle ou d'hydrocèle

- Infection sexuellement transmissible
- Prostatite aigue

**6 Y a-t-il des antécédents de maladie génétique connue dans la famille ?**

.....

.....

MERCI D'AMENER EN CONSULTATION ***UN EXEMPLAIRE PAPIER***  
DE TOUS LES EXAMENS QUE VOUS AVEZ DEJA REALISES (prises  
de sang, compte rendu de spermogramme, compte rendu d'examen  
radiologique etc..)