

## Clinique de Procréation Assistée

### #1 Questionnaire pour la femme

#### Information pour l'ouverture du dossier

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No tél. maison : \_\_\_\_\_  
Tel. travail : \_\_\_\_\_ Tel. cellulaire : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du partenaire : \_\_\_\_\_ Tel. travail : \_\_\_\_\_ Tel. cellulaire : \_\_\_\_\_

#### Habitudes de vie

Poids actuel : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb Taille \_\_\_\_\_ mètres \_\_\_\_\_ pieds  
Variation dans la dernière année : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous :  Fumeuse Nombre/jour : \_\_\_\_\_  Non Fumeuse Cessé le : \_\_\_\_\_  
Nombre de consommation d'alcool par semaine :   
Consommation de drogues ? \_\_\_\_\_  
Pratiquez-vous des activités physiques de façon régulière :  oui  Non  
Allergie : \_\_\_\_\_  
Médicaments pris actuellement : \_\_\_\_\_

#### Histoire médicale

Avez-vous déjà eu des problèmes de santé ?  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Histoire chirurgicale

Avez-vous déjà eu une chirurgie ?  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Histoire gynécologique

Age aux premières menstruations :   
Avez-vous des cycles réguliers ?  Oui Nombre de jours en moyenne : \_\_\_\_\_  
 Non Spécifiez : \_\_\_\_\_  
Avez-vous des douleurs lors de vos menstruations ?  Oui  Non  
Avez-vous des saignements entre vos menstruations  Oui  Non  
Date de la dernière cytologie (Test de Pap): \_\_\_\_\_ Résultat :  Normal  Anormal

#### Vie sexuelle

Depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ? \_\_\_\_\_  
Fréquence des relations sexuelles par semaine :   
Est-ce que vous éprouvez de la douleur lors d'une relation sexuelle ?  Oui  Non  
Utilisez-vous un lubrifiant ?  Oui  Non  
Avez-vous une histoire d'infections transmises sexuellement et /ou par le sang ?  
 Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

## Clinique de Procréation Assistée

### #1 Questionnaire pour la femme

#### Grossesses antérieures

Avez-vous déjà eu des grossesses antérieures ?  Non  Oui

Accouchement à terme (+ de 37 sem.) : (nombre) \_\_\_\_\_

Accouchement prématuré (- de 37 sem.) : (nombre) \_\_\_\_\_

Fausse-couche : (nombre) \_\_\_\_\_

Quel moyen de contraception avez-vous employé par le passé ? \_\_\_\_\_

#### Histoire familiale

Problèmes génétiques ou maladies héréditaires dans la famille (précisez) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y-a-t-il des aspects religieux qui pourraient avoir un impact sur le déroulement des interventions ?

Non  Oui spécifiez : \_\_\_\_\_

#### Essai en fertilité

Diagnostic suite à l'investigation antérieure : \_\_\_\_\_

#### Essais en procréation assistée par stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination intra-utérine

Cycle	Date	Clinique où a eu lieu le traitement	Durée du traitement (Nombre de cycles)	Médication utilisée ou protocole	Insémination (oui/non)	Avec le conjoint ou donneur	Particularités	Grossesse confirmée suite à l'essai (oui/non)	Issue de la grossesse
1									
2									
3									
4									

#### Essais en procréation assistée par fécondation in vitro

Cycle	Date	Clinique où a eu lieu le traitement	Médication utilisée	Nombre d'ovules à la ponction	Nombre d'embryons conçus	Nombre d'embryons transférés	Particularités	Grossesse confirmée	Issue de la grossesse
1									
2									
3									
4									

Révisé par : ) \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Source : Centre de Procréation Assistée, CHU Sainte-Justine – Questionnaire pour la femme (suite)