

Clinique de Procréation Assistée

#2 Questionnaire pour le partenaire

Information sur l'ouverture du dossier

Nom et prénom : _____ No tél. maison : _____
Tél. travail : _____ No de cellulaire : _____
Adresse courriel : _____
Occupation : _____
Nom et prénom du partenaire : _____

Habitudes de vie

Poids actuel : _____ kg _____ lb
Êtes-vous : Fumeur Nombre/jour : _____ Non Fumeur Cessé le : _____
Nombre de consommation d'alcool par semaine :
Consommation de drogues ? : _____
Consommation de stéroïdes actuelle ou passée : _____
Pratiquez-vous des activités physiques de façon régulière : oui non
Exposition à des produits chimique : oui non
Exposition des parties génitales à la chaleur intense (spa, sauna, travail...) oui non
Allergie : _____
Médicaments pris actuellement : _____

Vie sexuelle

Nombre de relations sexuelles par semaine :
Avez-vous une histoire d'infections transmises sexuellement et / ou par le sang ?
 oui non Spécifiez _____

Pour le partenaire masculin :

Est-ce que vous avez déjà conçu un enfant avec une autre femme ?
 non oui Nombre d'enfants / grossesses :
Nombre d'années de relations sexuelles sans contraception avant l'issue de la grossesse
(délai de conception) :

Histoire familiale et antécédents médicaux

Problèmes médicaux, génétiques ou maladies héréditaires (précisez) _____

Révisé par : _____

Date : _____