



# FORMULAIRE A COMPLETER PAR LA FEMME

INVUL-V-F

## DONNÉES PERSONNELLES

Date ▶ ..... / ..... / .....

Nom ▶ .....

Nom de votre partenaire ▶ .....

Durée de votre relation ▶ .....

Adresse ▶ .....

Date de naissance ▶ ..... Date de naissance du partenaire ▶ .....

Numéro de téléphone (en journée) ▶ ..... Numéro de téléphone (en soirée) ▶ .....

GSM ▶ .....

e-mail ▶ .....

Profession actuelle ▶ .....

## DONNÉES DU MÉDECIN

Pas de médecin référant

### Médecin de famille

Nom ▶ .....

Adresse ▶ .....

Tél. ▶ .....

Fax ▶ .....

Institution ▶ .....

### Gynécologue

Nom ▶ .....

Adresse ▶ .....

Tél. ▶ .....

Fax ▶ .....

Institution ▶ .....

## DONNÉES MÉDICALES

Poids ▶ ..... Taille ▶ .....

Groupe sanguin ▶ .....

Avez-vous perdu plus de 10 kg ces 12 derniers mois?

Non  Oui

Suivez-vous un régime spécial ou avez-vous des habitudes alimentaires spéciales?

Non  Oui (lesquels ?) ▶ .....

Faites-vous régulièrement du sport?

Non  Oui (lequel?) ▶ .....

Combien d'heures par semaine? ▶ .....

Avez-vous déjà subi une échographie du bassin (pour un traitement ou un diagnostic)?

Non  Oui

Avez-vous, cette dernière année, pris des médicaments sur prescription?

Non  Oui, (veuillez préciser lesquels et pour quelle indication) ▶ .....

Avez-vous, cette dernière année, pris des médicaments sans prescription?

Non  Oui, (veuillez préciser lesquels et pour quelle indication) ▶ .....



## FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LA FEMME

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> allergies               | <input type="radio"/> pneumonie                      |
| <input type="radio"/> anémie                  | (infection pulmonaire)                               |
| <input type="radio"/> appendicite             | <input type="radio"/> problème de foie               |
| <input type="radio"/> arthrite                | <input type="radio"/> problèmes de vésicule biliaire |
| <input type="radio"/> bronchite chronique     | <input type="radio"/> problèmes neurologiques        |
| <input type="radio"/> colite                  | <input type="radio"/> problème thyroïdien            |
| <input type="radio"/> convulsions             | <input type="radio"/> poitrine douloureuse           |
| <input type="radio"/> daltonisme              | ou sensible  |
| <input type="radio"/> diabète                 | <input type="radio"/> rhumatisme                     |
| <input type="radio"/> endométriose            | <input type="radio"/> rougeole                       |
| <input type="radio"/> épilepsie               | <input type="radio"/> rubéole                        |
| <input type="radio"/> gonorrhée               | <input type="radio"/> scarlatine                     |
| <input type="radio"/> hépatite                | <input type="radio"/> sens olfactif diminué          |
| <input type="radio"/> herpes                  | <input type="radio"/> syphilis                       |
| <input type="radio"/> hypertension            | <input type="radio"/> transfusion sanguine           |
| <input type="radio"/> infection chlamydia     | <input type="radio"/> troubles de l'équilibre        |
| <input type="radio"/> infection du bassin     | <input type="radio"/> troubles de la vue             |
| <input type="radio"/> infection parasitaire   | <input type="radio"/> tuberculose                    |
| <input type="radio"/> infection rénale        | <input type="radio"/> ulcère                         |
| <input type="radio"/> kyste ovarien           | <input type="radio"/> urétrite                       |
| <input type="radio"/> malformation cardiaque  | <input type="radio"/> vaginite                       |
| <input type="radio"/> maux de tête chroniques | <input type="radio"/> vertiges                       |

Avez-vous déjà été traitée pour le cancer?

- Non
- Oui (veuillez préciser lequel et la période)
- ▶ .....

Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé les produits suivants?

- Alcool (si oui, combien de verres par jour?)
- ▶ .....
- Tabac (si oui, combien de cigarettes ou de cigares par jour)
- ▶ .....
- Drogue (si oui, laquelle et dans quelle mesure?)
- ▶ .....

### DONNÉES MÉDICALES CONCERNANT VOTRE DÉSIR D'ENFANT

Depuis quand essayez-vous d'être enceinte (mois et année)?

▶ .....

À quel âge avez-vous eu votre premier cycle menstruel?

▶ .....

Quand avez-vous eu votre dernier cycle menstruel? (date)

▶ .....

Vos cycles menstruels sont-ils réguliers?

- Non  Oui

Quel est le délai (en jours) entre deux menstruations?

▶ .....

Combien de temps durent généralement vos règles?

▶ .....

Avez-vous des crampes pendant ou après vos règles?

- Non
- Oui, les crampes sont:
- légères  moyennes  sérieuses

En cas de crampes, prenez-vous des sédatifs?

- Non
- Oui (lesquels?)
- ▶ .....

Avez-vous des pertes de sang entre deux menstruations?

- Non  Oui

Y a-t-il eu des complications pendant ou après votre/vos grossesse(s)?

- Non
- Oui (lesquelles?)
- ▶ .....

Votre mère a-t-elle rencontré des problèmes pour être enceinte ou pendant la grossesse?

- Non
- Oui (lesquels?)
- ▶ .....

Dans votre famille, y a-t-il

- des enfants nés avec une malformation
- des affections héréditaires connues
- des hommes ou des femmes souffrant de problèmes oncologiques (cancer)
- Non
- Oui (lesquels et chez qui?)
- ▶ .....

Certains membres de votre famille présentent-ils un problème hormonal ou une affection congénitale?

- Non
- Oui (parenté)
- ▶ .....



## FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LA FEMME

Combien de grossesses (fausses couches et interruptions de grossesse comprises) avez-vous déjà eues?

	Quand (année)	Se terminant par une fausse couche	Se terminant par une interruption de grossesse	Se terminant par une grossesse ectopique	Nécessité d'un traitement contre l'infécondité?	Durée pour arriver à cette grossesse?	Bébé né vivant?	Votre partenaire actuel est le père?
1 <sup>e</sup> grossesse								
2 <sup>e</sup> grossesse								
3 <sup>e</sup> grossesse								
4 <sup>e</sup> grossesse								
5 <sup>e</sup> grossesse								

### DONNÉES CONCERNANT LA CONTRACEPTION

Lequel de ces moyens de contraception avez-vous déjà utilisé:

- aucun
- la pilule (laquelle?) ▶ .....
- le stérilet
- le pessaire
- le préservatif
- l'abstinence
- autre (veuillez préciser) ▶ .....

Si vous avez déjà pris la pilule, étiez-vous régulière après l'avoir arrêtée?

- Non
- Oui

Combien de fois par semaine avez-vous des relations sexuelles avec votre partenaire?

▶ .....

Combien de fois avez-vous des relations pendant la période d'ovulation (environ à la moitié du cycle menstruel)?

▶ .....

Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ou rencontrez-vous des difficultés?

- Non
- Oui

Utilisez-vous un lubrifiant?

- Non
- Oui

### LES DONNÉES CONCERNANT LES ANALYSES / OPÉRATIONS

Avez-vous déjà subi les tests suivants ? Quels en étaient les résultats?

Test	Année	Résultat
<input type="radio"/> courbe de la température	.....	
<input type="radio"/> test post-coïtal	.....	
<input type="radio"/> analyse sanguine hormonale	.....	
<input type="radio"/> échographie	.....	
<input type="radio"/> biopsie endomètre	.....	
<input type="radio"/> hystérosalpingographie (HSG)	.....	
<input type="radio"/> test sur les anticorps	.....	
<input type="radio"/> laparoscopie - hystérocopie	.....	
<input type="radio"/> mycoplasma / chlamydia	.....	
<input type="radio"/> tests de la glande thyroïdienne	.....	
<input type="radio"/> autres (lequels?)	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

Avez-vous déjà subi une opération de stérilisation?

- Non
- Oui (quand?) ▶ .....

Avez-vous déjà subi une opération à l'utérus? (élimination du septum, ...)

- Non
- Oui



## FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LA FEMME

Avez-vous déjà subi une opération au col utérin ou au vagin?  
(p.ex. conisation, ...)

- Non  Oui

Avez-vous déjà subi une autre opération au ventre ou au bassin? (p.ex. appendectomie, ...)

- Non  Oui

### INFORMATIONS SUR LES TRAITEMENTS DE FERTILITÉ

Avez-vous déjà suivi un traitement de fertilité?

- Non  
 Oui (quand et qui était votre médecin?)

▶ .....

Quel était le diagnostic de votre infécondité?

▶ .....

Quel médicament avez-vous déjà pris dans le cadre d'un traitement de fertilité?

- aucun  
 clomifène citrate (Pergotime®, Clomid®)  
 hMG (Menopur®, Humegon®)  
 oestrogènes  
 progestérone  
 cortisone  
 antibiotiques  
 LHRH, GnRH (HRF®)  
 hCG (Pregnyl®, Choragon®)  
 bromocriptine (Parlodel®, Dostinex®)  
 danazol (Danazol®)  
 FSH (Puregon®, Gonal-F®)  
 autres (veuillez préciser ▶ .....

Votre partenaire a-t-il déjà consulté un médecin afin d'évaluer sa fertilité?

- Non  Oui

Ce médecin a-t-il détecté un problème de fertilité chez votre partenaire?

- Non  
 Oui (quels ont été le diagnostic et le traitement proposé?)

▶ .....

Avez-vous déjà eu une insémination artificielle?

- Non  
 Oui (avec le sperme de votre partenaire ou d'un donneur?)  
 sperme du partenaire  
 sperme d'un donneur

Combien de cycli? ▶ .....

Quel était le résultat (cécité ou non)? ▶ .....

Avez-vous déjà essayé une IVF ou une ICSI?

- Non  
 Oui

Quand ▶ .....

Où ▶ .....

Résultat ▶ .....

Quel autre traitement éventuel est-ce que vous ou votre partenaire avez subis pour remédier ce problème de fécondité?

▶ .....

