



# FORMULAIRE A COMPLETER PAR L'HOMME

INVUL-M-F

## DONNÉES PERSONNELLES

Date ▶ ..... / ..... / .....

Nom ▶ .....

Nom de votre partenaire ▶ .....

Durée de votre relation ▶ .....

Adresse ▶ .....

Date de naissance ▶ ..... Date de naissance de la partenaire ▶ .....

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

GSM ▶ ..... e-mail ▶ .....

Profession ▶ .....

## DONNÉES DU MÉDECIN

Pas de médecin référant

### Médecin de famille

Nom ▶ .....

Adresse ▶ .....

Tél. ▶ .....

Fax ▶ .....

Institution ▶ .....

### Urologue/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

Avez-vous été exposé pendant votre service militaire à:

- la chaleur  des produits chimiques  
 des vapeurs empoisonnées  des rayons radio-actifs  
 autre (précisez) ▶ .....

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? ▶ .....

Allez-vous régulièrement au sauna, au hammam ou au jacuzzi

Non  Oui

Avez-vous déjà été opéré dans le bas-ventre, à l'aîne ou aux parties génitales?

Non  Oui (précisez où et quand) ▶ .....



## FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR L'HOMME

Est-ce que vous avez déjà eu de la radiothérapie au bas-ventre ou aux parties génitales?

- Non  Oui

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> allergies                   | <input type="radio"/> maux de tête chroniques             |
| <input type="radio"/> anémie                      | <input type="radio"/> mucoviscidose                       |
| <input type="radio"/> appendicite                 | <input type="radio"/> oreillons avec bourses douloureuses |
| <input type="radio"/> arthrite                    | <input type="radio"/> poitrine sensible                   |
| <input type="radio"/> bronchite chronique         | <input type="radio"/> problèmes de foi                    |
| <input type="radio"/> colite                      | <input type="radio"/> problèmes de vésicule biliaire      |
| <input type="radio"/> convulsions                 | <input type="radio"/> problèmes neurologiques             |
| <input type="radio"/> daltonisme                  | <input type="radio"/> problème thyroïdien                 |
| <input type="radio"/> déficiences visuelles       | <input type="radio"/> rhumatisme aigu                     |
| <input type="radio"/> diabète                     | <input type="radio"/> rougeole                            |
| <input type="radio"/> épilepsie                   | <input type="radio"/> ulcère à l'estomac                  |
| <input type="radio"/> gonorrhée                   | <input type="radio"/> scarlatine                          |
| <input type="radio"/> hépatite                    | <input type="radio"/> sécrétions mammaires                |
| <input type="radio"/> herpes                      | <input type="radio"/> sinusite chronique                  |
| <input type="radio"/> hypertension                | <input type="radio"/> syphilis                            |
| <input type="radio"/> hirsutisme                  | <input type="radio"/> transfusion sanguine                |
| <input type="radio"/> infection chlamydia         | <input type="radio"/> traumatisme des testicules          |
| <input type="radio"/> infection parasitaire       | <input type="radio"/> troubles de l'équilibre             |
| <input type="radio"/> infection pulmonaire        | <input type="radio"/> tuberculose                         |
| <input type="radio"/> infection rénale            | <input type="radio"/> tumeur des testicules               |
| <input type="radio"/> inflammation de la prostate | <input type="radio"/> urétrite                            |
| <input type="radio"/> inflammation des testicules | <input type="radio"/> vertiges                            |
| <input type="radio"/> maladie cardiaque           |   |
| <input type="radio"/> autres (précisez) ▶ .....   |   |

Avez-vous déjà été traité pour le cancer?

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

Avez-vous, ces 12 derniers mois, pris des médicaments sur prescription?

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

Avez-vous, ces 12 derniers mois, pris des médicaments sans prescription?

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

Avez-vous eu de la fièvre ces 3 à 4 derniers mois (plus de 38°C)?

- Non  Oui

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?)  
 ▶ .....

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Vos deux testicules étaient-ils descendus dans les bourses lorsque vous étiez enfant?

- Non  Oui

Avez-vous été circoncis?

- Non  Oui

À quel âge avez-vous commencé à avoir de la barbe et à devoir vous raser régulièrement?

▶ .....

Combien de fois avez-vous été marié?

▶ .....

Avez-vous eu un enfant avec une autre partenaire?

- Non  
 Oui (combien de temps a-t-il fallu à votre partenaire pour être enceinte?) ▶ .....

Y a-t-il également eu des problèmes pour avoir un enfant avec une autre partenaire?

- Non  Oui

Rencontrez-vous des problèmes pour avoir une érection?

- Non  Oui

Rencontrez-vous des problèmes pour maintenir une érection?

- Non  Oui

Rencontrez-vous des problèmes lors de l'éjaculation?

- Non  
 Oui  
 prématurée (trop rapide)  
 rétrograde ('éjaculation sèche')



## FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR L'HOMME

Avez-vous l'impression que votre sperme arrive dans le vagin lors des relations?

- Non  Oui

Avez-vous un orgasme lors de la masturbation sans qu'il y ait éjaculation?

- Non  Oui

Avez-vous des pertes en-dehors de l'éjaculation?

- 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 de votre partenaire)?

.....

Avez-vous constaté un changement dans votre libido ces derniers temps?

- Non  Oui

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il dans votre famille des personnes ayant des problèmes de fécondité?

- Non  
 Oui (parenté)

.....

Y a-t-il dans votre famille des personnes avec des malformations hormonales ou congénitales?

- Non  
 Oui (parenté)

.....

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?)

.....

### INFORMATIONS SUR LES TRAITEMENTS DE FERTILITÉ

Depuis combien de temps essayez-vous d'être enceinte avec votre partenaire? (mois/an) ▶ .....

Avez-vous déjà été traité pour votre infécondité?

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

▶ .....

Quel était le diagnostic de votre infécondité?

▶ .....

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

Test	Année	Résultat
<input type="radio"/> analyse de sperme	.....	.....
<input type="radio"/> test chlamydia	.....	.....
<input type="radio"/> test mycoplasme	.....	.....
<input type="radio"/> test sur les anticorps	.....	.....
<input type="radio"/> test chromosomique (caryotype)	.....	.....
<input type="radio"/> biopsie testiculaire	.....	.....
<input type="radio"/> échographie des testicules	.....	.....
<input type="radio"/> test hormonal (FSH, LH, prolactine, testostérone)	.....	.....
<input type="radio"/> tests de la glande thyroïdienne	.....	.....
<input type="radio"/> échographie de la prostate	.....	.....
<input type="radio"/> autres (lesquels)	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Avez-vous subi une cure de varicocèle (varice au testicule)?

- Non  
 Oui (quand) ▶ .....

Avez-vous subi une vasectomie (stérilisation)?

- Non  
 Oui (quand) ▶ .....



## FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR L'HOMME

Votre partenaire a-t-elle déjà eu des enfants avec un autre homme?

- Non
- Oui (date de naissance?)

▶ .....

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

- Non
- Oui (quel médecin)

▶ .....

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

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

▶ .....

Quels médicaments avez-vous déjà pris dans le cadre d'un traitement de fertilité?

- aucun
- clomifène citrate (Pergotime®, Clomid®)
- hMG (Humegon®, Menopur®)
- tamoxifène (Nolvadex®, Tamizan®)
- bromocriptine (Parlodel®)
- testostérone (Proviron®, Sustanon®, Testocaps®, Undestor®, Testim®, Androgel®)
- hCG (Pregnyl®, Choragon®)
- GnRH ou LHRH (HRF®)
- FSH (Puregon®, Gonal-F®)
- autres (veuillez préciser) ▶ .....

Avez-vous déjà essayé une insémination artificielle?

- Non
- Oui (avec votre sperme ou celui d'un donneur?)
  - propre sperme
  - sperme d'un donneur

Combien de cycles? ▶ .....

Quel était le résultat (enceinte 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 subi pour remédier ce problème de fécondité?

▶ .....

