



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'aine 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?

▶