



INVUL-M-F

FORMULAIRE A COMPLETER PAR L'HOMME

18/01/2017

DONNEES PERSONNELLES

Date de remplissage ▶ / / 20.....
 Nom ▶
 Date de naissance ▶
 Adresse ▶
 Tél. (en journée) ▶
 Tél. (le soir) ▶
 GSM ▶
 e-mail ▶
 Profession actuelle ▶

LE CAS ECHEANT

Nom de votre partenaire ▶
 Sa date de naissance ▶
 Durée de votre relation ▶

DONNEES DU MEDECIN

Pas de médecin référant

Médecin de famille

Nom ▶
 Adresse ▶

 Tél. ▶
 Fax ▶
 Institution ▶

Urologue / gynécologue

Nom ▶
 Adresse ▶

 Tél. ▶
 Fax ▶
 Institution ▶

Quels sont vos souhaits spécifiques au sein du CRG de l'UZ Brussel?

.....

DONNEES MEDICALES

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 - Quel(s) sport(s)?

.....
 combien d'heures par semaine? ▶

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

Alcool - Si oui, combien de verres par jour?

.....

Tabac - Si oui, combien cigarettes ou de cigares par jour?

.....

Drogues - Si oui, laquelle et dans quelle mesure?

.....



FORMULAIRE A COMPLETER PAR L'HOMME

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

- Non Oui

Avez-vous été exposé pendant votre vie professionnelle à/aux

- la chaleur produits chimiques
 vapeurs empoisonnées rayons radio-actifs
 autres (veuillez préciser) ▶

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

- Non Oui - Lequel? Quand? ▶

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

- Non Oui

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

- Non Oui - Lesquels? Pour quelle indication?
 ▶

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

- Non Oui - Lesquels? Pour quelle indication?
 ▶

Avez-vous déjà été traité pour le cancer?

- Non Oui - Quel cancer? Quand? ▶

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

- Non Oui

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> affection cardiaque | <input type="radio"/> pneumonie (infection pulmonaire) |
| <input type="radio"/> allergies | <input type="radio"/> oreillons avec bourses douloureuses |
| <input type="radio"/> anémie | <input type="radio"/> poitrine douloureuse ou sensible |
| <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"/> rhumatisme |
| <input type="radio"/> daltonisme | <input type="radio"/> rougeole |
| <input type="radio"/> déficiences visuelles | <input type="radio"/> scarlatine |
| <input type="radio"/> diabète | <input type="radio"/> sécrétions mammaires |
| <input type="radio"/> épilepsie | <input type="radio"/> sens olfactif diminué |
| <input type="radio"/> gonorrhée | <input type="radio"/> sinusite chronique |
| <input type="radio"/> hépatite | <input type="radio"/> syphilis |
| <input type="radio"/> herpes | <input type="radio"/> transfusion sanguine |
| <input type="radio"/> hirsutisme | <input type="radio"/> traumatisme des testicules |
| <input type="radio"/> hypertension | <input type="radio"/> troubles de l'équilibre |
| <input type="radio"/> infection chlamydia | <input type="radio"/> tuberculose |
| <input type="radio"/> infection parasitaire | <input type="radio"/> tumeur des testicules |
| <input type="radio"/> infection rénale | <input type="radio"/> ulcères de l'estomac |
| <input type="radio"/> inflammation de la prostate | <input type="radio"/> urétrite |
| <input type="radio"/> inflammation des testicules | <input type="radio"/> vertiges |
| <input type="radio"/> maux de tête chroniques | |
| <input type="radio"/> mucoviscidose | |
| <input type="radio"/> autres (veuillez préciser) ▶ | |

ANTECEDENTS MEDICAUX

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

- Non Oui

Avez-vous été circoncis? Non Oui

A quel âge avez-vous commencé à avoir de la barbe ou 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 A COMPLETER 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

ANTECEDENTS 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 membres de famille souffrant de problèmes de cancer?

Non

Oui - Lesquels? Chez qui?

▶

▶

▶

DONNEES CONCERNANT EVENTUELS TRAITEMENTS DE FERTILITE PRECEDANTS

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

Avez-vous déjà été traité pour infécondité?

- Non
 Oui - Quand? Qui était votre médecin?

▶

▶

▶

Quel était le diagnostic de votre infécondité?

▶

▶

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

- Non
 Oui - Quand? ▶

Avez-vous subi une vasectomie (stérilisation)?

- Non
 Oui - Quand? ▶

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

Test	Année	Resultat
<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?)		
▶	▶	▶
▶	▶	▶
▶	▶	▶
▶	▶	▶

FORMULAIRE A COMPLETER PAR L'HOMME

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

Non

Oui - Date(s) 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 (Menopur®)

bromocriptine (Parlodel®)

tamoxifène (Nolvadex®, Tamizan®)

testostérone (Proviron®, Sustanon®, Testocaps®, Undestor®, Testim®, AndroGel®)

hCG (Pregnyl®, Choragon®)

GnRH, LHRH (HRF®)

FSH (Puregon®, Gonal-F®)

autres (veuillez préciser) ▶

.....
.....

Avez-vous déjà essayé une insémination artificielle?

Non

Oui - Avec quel sperme?

mon 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 votre problème de fécondité?

▶

.....

.....

.....