



INVUL-V-F

FORMULAIRE A COMPLETER PAR LA FEMME

09/12/2016

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 ▶

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 LA FEMME

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

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

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

- 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 traitée pour le cancer?

- Non
 Oui - Quel cancer? Quand?
 ▶

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de:

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

ANTECEDENTS FAMILIAUX

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

- Non Oui (parenté?)
 ▶

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

- Non Oui - Quels problèmes?
 ▶

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?
 ▶

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

- Non Oui (parenté?)
 ▶

DONNEES CONCERNANT VOS MENSTRUATIONS, GROSSESSES EVENTUELLES ET VOTRE DESIR D'ENFANT

Menstruation

A quel âge avez-vous eu votre premier cycle menstruel? ▶

Quand avez-vous eu votre dernier cycle menstruel?

▶ / / 20

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

FORMULAIRE A COMPLETER PAR LA FEMME

En cas de crampes, prenez-vous des sédatifs?

- Non
 Oui - Quel sédatif?

.....

Avez-vous des pertes de sang entre deux menstruations?

- Non
 Oui

Contraception et fertilité

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

Désir d'enfant

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

.....

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

.....

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

Analyses/Opérations

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

Test	Année	Resultat
<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 autre opération au ventre ou au bassin? (p.ex. appendectomie, ...)

- Non Oui

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

- Non Oui

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

- Non Oui

FORMULAIRE A COMPLETER PAR LA FEMME

Grossesses

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 ^e grossesse								
2 ^e grossesse								
3 ^e grossesse								
4 ^e grossesse								
5 ^e grossesse								

Est-ce que vous avez rencontré des problèmes pendant ou suivant vos grossesses éventuelles précédentes? Non Oui - Lesquels

.....

DONNEES CONCERNANT EVENTUELS TRAITEMENTS DE FERTILITE PRECEDANTS

Avez-vous déjà suivi un traitement de fertilité?

- Non
 Oui - Quand? 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®)
 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 quel sperme?
 sperme de mon partenaire sperme d'un donneur

Combien de cycles? ▶

Quel était le résultat (enciente 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?

.....

.....

.....