

**INVUL-
M F**
FORMULAIRE A COMPLETER PAR L'HOMME
DONNEES PERSONNELLES

Date de remplissage ▶
 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 référent

Médecin de famille

Nom ▶
 Adresse ▶

 Tél. ▶
 Fax ▶
 Institution ▶

Urologue / gynécologue

Nom ▶
 Adresse ▶

 Tél. ▶
 Fax ▶
 Institution ▶

Quels sont vos souhaits spécifiques au sein de Brussels IVF?

.....

DONNEES MEDICALES

Poids ▶ Taille ▶
 Groupe sanguin ▶

Avez-vous perdu plus de 10 kg au cours des 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 - Lesquels ?

▶
 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 ?

▶

Brussels IVF

Laarbeeklaan 101 T +32 2 477 66 99 info@brusselsivf.be
 1090 Brussel brusselsivf.be

INVUL-
M F

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 - Leque l? 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"/> mucoviscidose |
| <input type="radio"/> allergies | <input type="radio"/> pneumonie (infection pulmonaire) |
| <input type="radio"/> anémie | <input type="radio"/> oreillons avec bourses douloureuses |
| <input type="radio"/> appendicite | <input type="radio"/> poitrine douloureuse 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"/> 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"/> traumatisme des testicules |
| <input type="radio"/> infection chlamydia | <input type="radio"/> troubles de l'équilibre |
| <input type="radio"/> infection parasitaire | <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"/> ulcères de l'estomac |
| <input type="radio"/> inflammation des testicules | <input type="radio"/> urétrite |
| <input type="radio"/> maux de tête chroniques | <input type="radio"/> vertiges |
| <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 (ou plusieurs) enfant(s) 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')

INVUL-
M F

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

FAMILIALE MEDISCHE GESCHIEDENIS

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 ?

▶

.....

.....

INFORMATIE OVER EVENTUELE VRUCHTBAARHEIDSBEBANDELINGEN

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?)
.....
.....
.....

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®)
 tamoxifène (Nolvadex®, Tamizan®)
 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 FIV ou une ICSI ?

- Non
 Oui

Quand ? ▶

.....

Où ? ▶

.....

Le résultat ? ▶

.....

Quel autre traitement éventuel, avez-vous, ou votre partenaire, subi pour remédier à votre problème de fertilité ?

▶

.....