

**INVUL-
VF**
FORMULAIRE A COMPLETER PAR LA FEMME
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 référant

Médecin de famille

Nom ▶

Adresse ▶

.....

Tél. ▶

Fax ▶

Institution ▶

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


 Universitair
Ziekenhuis
Brussel

INVUL-
V F

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 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"/> rubéole |
| <input type="radio"/> diabète | <input type="radio"/> scarlatine |
| <input type="radio"/> endométriose | <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"/> troubles de l'équilibre |
| <input type="radio"/> hypertension | <input type="radio"/> tuberculose |
| <input type="radio"/> infection chlamydia | <input type="radio"/> ulcère de l'estomac |
| <input type="radio"/> infection du bassin | <input type="radio"/> urétrite |
| <input type="radio"/> infection parasitaire | <input type="radio"/> vaginite |
| <input type="radio"/> infection rénale | <input type="radio"/> vertiges |
| <input type="radio"/> kyste ovarien | |
| <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 - Chez qui ?

▶

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 ?

▶

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

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

	1 ^e grossesse	2 ^e grossesse	3 ^e grossesse	4 ^e grossesse	5 ^e grossesse
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?

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 (enceinte ou non)? ▶

Avez-vous déjà essayé une FIVou une ICSI ?

Non

Oui - Quand ? ▶

Où ? ▶

Le résultat ? ▶

.....

Quel autre traitement éventuel est-ce que vous ou votre partenaire avez subi pour remédier ce problème de fécondité ?

▶

.....