



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal



## Questionnaire pour le partenaire

### INFORMATIONS POUR L'OUVERTURE DU DOSSIER

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. maison : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. cell : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du partenaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### HABITUDES DE VIE

Allergie : \_\_\_\_\_

Poids actuel : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb Taille : \_\_\_\_\_ mètres \_\_\_\_\_ pieds

IMC : \_\_\_\_\_

Êtes-vous fumeur : Oui  Non  Nombre/jour : \_\_\_\_\_ Cessé le : \_\_\_\_\_

Cigarette  Nombre/jour : \_\_\_\_\_ Cannabis  Nombre/jour : \_\_\_\_\_

Autre substance : \_\_\_\_\_ Type de produit : \_\_\_\_\_

Nombre de consommation d'alcool par semaine : \_\_\_\_\_

Pratiquez-vous des activités physiques de façon régulière?  Oui  Non

Réserve : \_\_\_\_\_



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal



## Questionnaire pour le partenaire

### VIE SEXUELLE

Fréquence des relations sexuelles par semaine : \_\_\_\_\_

Avez-vous une histoire d'infections transmises sexuellement et/ou par le sang ?

Chlamydia  Gonorrhée  Herpès génital

D'autres, spécifiez : \_\_\_\_\_

#### Pour le partenaire masculin :

Avez-vous déjà conçu un enfant avec une autre femme ?

Oui / nombre d'enfants et/ou grossesses : \_\_\_\_\_  Non

Quel est le nombre d'années de relations sexuelles sans contraception avant

l'issue de la grossesse (délai de conception) : \_\_\_\_\_

Présentez-vous des difficultés à avoir des rapports sexuels ? Des troubles d'érection, d'éjaculation, de libido, si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

Réervé :

### HISTOIRE MÉDICALE

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé ?

Non applicable

Puberté anormal\*  Problème hormonal (endocrinien)\*

Diabète  Oreillon  Maladie génétique

Problème congénital\* (traumatisme, infection)

Maladie auto-immune  Maladie auto-immune

Cancer\*  Hypertension

Trouble psychologique ou psychiatrique\*

Problème cardiaque, pulmonaire, rénal, hépatique, intestinale, neurologique\*

Autres : \_\_\_\_\_

Spécifiez : \_\_\_\_\_



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal



## Questionnaire pour le partenaire

### HISTOIRE CHIRURGICALE

Avez-vous déjà eu une des chirurgies ci-dessous?

- Non applicable**
- Cure hernie inguinale    Vasectomie, quelle année : \_\_\_\_\_
- Inversion de vasectomie (reconnexion)    Chirurgie ou embolisation des testicules

Réservé :

### HISTOIRE MÉDICALE GÉNÉTIQUE

Avez-vous des antécédents  **Non applicable**

- Infertilité dans la famille    Fibrose kystique
- Anémie falciforme    Retard mental    Trisomie 21    Facteur V Leiden
- Fibrose Kystique    Maladie de Tay-Sachs    Thalassémie    Anémie falciforme
- Maladie héréditaire récessive du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Charlevoix et de la Haute-côte-Nord

### TRAITEMENT DE FERTILITÉ

Avez-vous déjà consulté pour de l'infertilité ?  **Non applicable**

- Avec conjoint(e) actuel(le)    Avec autre conjointe
- Analyse de votre sperme ? Si oui :  Normal    Anormal

Traitements : \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

- Inséminations ? Si oui :

Année(s) : \_\_\_\_\_ endroit(s) : \_\_\_\_\_

Fécondation In Vitro ? Si oui : Année(s) : \_\_\_\_\_ endroit(s) : \_\_\_\_\_

Révisé par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_