



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

Réservé :



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 libidos, si oui, spécifiez : _____

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 : _____

Réservé :



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

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 : _____

Médications : _____

☐ Inséminations ? Si oui :

Année(s) : _____ endroit(s) : _____

☐ Fécondation In Vitro ? Si oui : Année(s) : _____ endroit(s) : _____

Réservé :

Révisé par : _____

Date : _____