

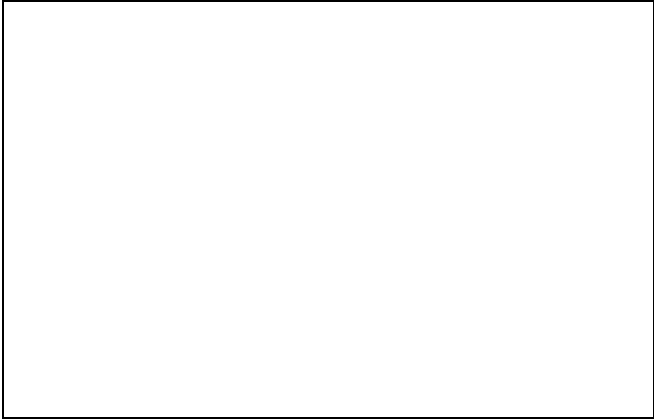


**CHU Sainte-Justine**  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

*Pour l'amour des enfants*



**Centre de Procréation Assistée**



## #2 Questionnaire pour le partenaire

### INFORMATIONS POUR L'OUVERTURE DU DOSSIER

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ No de tél. maison : \_\_\_\_\_  
 Tél. travail : \_\_\_\_\_ No de cellulaire : \_\_\_\_\_ No de pagette : \_\_\_\_\_  
 Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
 Occupation : \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom du partenaire : \_\_\_\_\_

### HABITUDES DE VIE

Poids actuel : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb  
 Êtes-vous :  Fumeur Nombre/jour :   Non Fumeur Cessé le : \_\_\_\_\_  
 Nombre de consommation d'alcool par semaine :   
 Pratiquez-vous des activités physiques de façon régulière ?  Oui  Non

### VIE SEXUELLE

Nombre de relations sexuelles par semaine :   
 Avez-vous une histoire d'infections transmises sexuellement et/ou par le sang ?  
 Non  Oui Spécifiez : \_\_\_\_\_

#### Pour le partenaire masculin :

Est-ce que vous avez déjà conçu un enfant avec une autre femme ?  
 Non  Oui Nombre d'enfants / grossesses :   
 Nombre d'années de relations sexuelles sans contraception avant l'issue de la grossesse (délai de conception) :

### HISTOIRE FAMILIALE ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Problèmes médicaux, génétiques ou maladies héréditaires (précisez) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Révisé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ**