



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université   
de Montréal

◆ **Centre de Procréation Assistée** ◆



## #1 Questionnaire pour la femme

### INFORMATIONS POUR L'OUVERTURE DU DOSSIER

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No tél. maison : \_\_\_\_\_  
Tel. travail : \_\_\_\_\_ Tel. cellulaire : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du partenaire : \_\_\_\_\_ Tel. travail : \_\_\_\_\_ Tel. cellulaire : \_\_\_\_\_

### HABITUDES DE VIE

Poids actuel : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb Taille \_\_\_\_\_ mètres \_\_\_\_\_ pieds  
Variation dans la dernière année : \_\_\_\_\_  
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

### HISTOIRE MÉDICALE

Avez-vous déjà eu des problèmes de santé ?  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTOIRE CHIRURGICALE

Avez-vous déjà eu une chirurgie ?  Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE

#### Cycle menstruel

Âge aux premières menstruations :   
Avez-vous des cycles réguliers ?  Oui Nombre de jours en moyenne : \_\_\_\_\_  
 Non Spécifiez : \_\_\_\_\_  
Avez-vous des douleurs lors de vos menstruations ?  Oui  Non  
Avez-vous des saignements entre vos menstruations ?  Oui  Non

### VIE SEXUELLE

Date de votre dernière cytologie (Test de PAP) : \_\_\_\_\_  
Depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ? \_\_\_\_\_  
Fréquence des relations sexuelles par semaine :   
Est-ce que vous éprouvez de la douleur lors d'une relation sexuelle ?  Oui  Non  
Utilisez-vous un lubrifiant ?  Oui  Non  
Avez-vous une histoire d'infections transmises sexuellement et/ou par le sang ?  
 Non  Oui Précisez : \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ

# #1 Questionnaire pour la femme

Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
 # Dossier : \_\_\_\_\_

## GROSSESSES ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà eu des grossesses antérieures ?  Non  
 Oui Accouchement à terme (+ de 37 sem.) : (NOMBRE) \_\_\_\_\_  
 Accouchement prématuré (- de 37 sem.) : (NOMBRE) \_\_\_\_\_  
 Fausse-couche : (NOMBRE) \_\_\_\_\_

## HISTOIRE FAMILIALE

Problèmes génétiques ou maladies héréditaires dans la famille (précisez) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Y-a-t-il des aspects religieux qui pourraient avoir un impact sur le déroulement des interventions ?

Non  Oui spécifiez : \_\_\_\_\_

## ESSAIS EN FERTILITÉ

Diagnostic suite à l'investigation antérieure : \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ**

### Essais en procréation assistée par stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination intra-utérine

Cycle	Date	Clinique où a eu lieu le traitement	Durée du traitement (nombre de cycles)	Médication utilisée ou protocole	Insémination (oui/non)	Avec le conjoint ou donneur	Particularités	Grossesse confirmée suite à l'essai (oui / non)	Issue de la grossesse
1									
2									
3									
4									

### Essais en procréation assistée par fécondation in vitro

Cycle	Date	Clinique où a eu lieu le traitement	Médication utilisée	Nombre d'ovules à la ponction	Nombre d'embryons conçus	Nombre d'embryons transférés	Particularités	Grossesse confirmée	Issue de la grossesse
1									
2									
3									
4									

Révisé par : \_\_\_\_\_

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