

Questionnaire de santé – Homme

Vous venez pour une première consultation de fertilité dans notre Unité.
Merci de remplir le questionnaire et de le remettre à la secrétaire en arrivant

Nom:

Prénom

1 Etes-vous en couple? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, depuis combien de temps?	13 Êtes-vous exposé: à la chaleur au niveau professionnel ou dans vos loisirs? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON à des produits toxiques au niveau professionnel ou dans vos loisirs? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 Depuis quand essayez-vous d'avoir un enfant?	14 Avez-vous des enfants ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, avec votre partenaire actuelle? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Avez-vous déjà effectué des traitements de procréation médicalement assistée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 Avec quelle fréquence avez-vous des rapports sexuels?	15 Avez-vous des difficultés pour obtenir une érection ou éjaculation? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	16 Avez-vous des douleurs lors des rapports sexuels? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quand vous urinez? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5 Pratiquez-vous une activité sportive? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Laquelle? A quelle fréquence?	17 Dans votre famille, y-a-t-il des problèmes de santé? (par exemple maladies génétiques, cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, thromboses, infertilité...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lequel? Chez quel proche?
6 Fumez-vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de cigarettes par jour?	Questions générales
7 Avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquelles? Quel type de réaction faites-vous?	Comment avez-vous eu connaissance de notre unité? <input type="checkbox"/> Votre gynécologue <input type="checkbox"/> Moteur de recherche <input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille
8 Souffrez-vous ou avez-vous eu dans le passé un problème de santé et/ou uro-génital? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lequel? Quand /depuis quand?	Seriez-vous disposé-e à participer à des groupes de parole? Oui, quel jour/h? Non, pourquoi?
9 Avez-vous été opéré? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, en quelle année? Quel type d'opération avez-vous subi?	Connaissez-vous notre groupe Bébéoutai sur Facebook? Oui, que venez-vous y chercher? Non, à découvrir!
10 Prenez-vous régulièrement des médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels? Quel est le dosage?	Avez-vous des personnes-ressources autour de vous pour vous soutenir?
11 Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de verre par semaine?	
12 Prenez-vous des drogues? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Lesquelles? Avec quelle fréquence?	

CHUV 2020 | 50051

