

Questionnaire de santé – Femme

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

<p>1 Etes-vous en couple? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, depuis combien de temps?</p>	<p>16 Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de verre par semaine?</p>	
<p>2 Depuis quand essayez-vous d'avoir un enfant?</p>	<p>17 Prenez-vous des drogues? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquelles? Avec quelle fréquence?</p>	
<p>3 Avec quelle fréquence avez-vous des rapports sexuels?</p>	<p>18 Souffrez-vous ou avez-vous eu dans le passé un problème de santé et/ou gynécologique? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lequel? Quand /depuis quand?</p>	
<p>4 A quel âge avez-vous eu vos premières règles?</p>	<p>19 Souffrez-vous d'acné, pilosité augmenté ou perte importante de cheveux?</p>	
<p>5 Vos cycles (durée entre deux épisodes de règles) sont-ils réguliers? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quelle est la durée moyenne de vos cycles?</p>	<p>20 Prenez-vous régulièrement des médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels? Quel est le dosage?</p>	
<p>6 Vos règles sont-elles trop / moyennement / peu abondantes? sont elle douloureuses? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>21 Avez-vous déjà été enceinte? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, grossesse naturelle ou après traitement: Avez-vous accouché? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, en quelle année? Par voie basse ou par césarienne? Particularités / complications de la(des) grossesse(s): Avez-vous présenté des fausses-couches? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Avez-vous effectué des interruptions volontaires de grossesse (IVG)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, en quelle année? Avez-vous du subir un curetage? Pour cette(ces) grossesse(s), s'agissait-il du partenaire actuel? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p>7 Avez-vous des douleurs lors des rapports sexuels? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	Questions générales	
<p>8 Quand et chez quel gynécologue avez-vous effectué votre dernier contrôle gynécologique?</p>	<p>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</p>	
<p>9 Quelle est votre taille? Quel est votre poids?</p>	<p>Seriez-vous disposé-e à participer à des groupes de parole? Oui, quel jour/h? Non, pourquoi?</p>	
<p>10 Fumez-vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de cigarettes par jour?</p>	<p>Connaissez-vous notre groupe Bébéoutai sur Facebook? Oui, que venez-vous y chercher? Non, à découvrir!</p>	
<p>11 Pratiquez-vous une activité sportive? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Laquelle? A quelle fréquence?</p>	<p>Avez-vous des personnes-ressources autour de vous pour vous soutenir?</p>	
<p>12 Avez-vous déjà effectué des traitements de procréation médicalement assistée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels? En quelle année? Dans quel centre?</p>		
<p>13 Avez-vous été opérée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, en quelle année? Quel type d'opération avez-vous subi?</p>		
<p>14 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?</p>		
<p>15 Avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquelles? Quel type de réaction faites-vous?</p>		

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
2	Depuis quand essayez-vous d'avoir un enfant?		à des produits toxiques au niveau professionnel ou dans vos loisirs? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3	Avec quelle fréquence avez-vous des rapports sexuels?	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
4	Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	15	Avez-vous des difficultés pour obtenir une érection ou éjaculation? <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?	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
6	Fumez-vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de cigarettes par jour?	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?
7	Avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquelles? Quel type de réaction faites-vous?	Questions générales	
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?	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	
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?	Seriez-vous disposé-e à participer à des groupes de parole? Oui, quel jour/h? Non, pourquoi?	
10	Prenez-vous régulièrement des médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels? Quel est le dosage?	Connaissez-vous notre groupe Bébéoutai sur Facebook? Oui, que venez-vous y chercher? Non, à découvrir!	
11	Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de verre par semaine?	Avez-vous des personnes-ressources autour de vous pour vous soutenir?	
12	Prenez-vous des drogues? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Lesquelles? Avec quelle fréquence?		

CHUV 2020 | 50051

