

Questionnaire de santé – Couple femmes

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

Partenaire 1: Nom

Prénom

<p>1 Etes-vous en mariée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, depuis combien de temps?</p>	<p>15 Prenez-vous des drogues? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquelles? Avec quelle fréquence?</p>	
<p>2 Depuis quand souhaitez-vous avoir un enfant?</p>	<p>16 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>3 A quel âge avez-vous eu vos premières règles?</p>	<p>17 Souffrez-vous d'acné, pilosité augmenté ou perte importante de cheveux?</p>	
<p>4 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>18 Prenez-vous régulièrement des médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels? Quel est le dosage?</p>	
<p>5 Vos règles sont-elles trop/moyennement/peu abondantes? sont elle douloureuses? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>19 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?</p>	
<p>6 Quand et chez quel gynécologue avez-vous effectué votre dernier contrôle gynécologique?</p>	Questions générales	
<p>7 Quelle est votre taille? Quel est votre poids?</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 Seriez-vous disposée à participer à des groupes de parole? Oui, quel jour/h? Non, pourquoi? Connaissez-vous notre groupe Bébéoutai sur Facebook? Oui, que venez-vous y chercher? Non, à découvrir! Avez-vous des personnes-ressources autour de vous pour vous soutenir?</p>	
<p>8 Fumez-vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de cigarettes par jour?</p>		
<p>9 Pratiquez-vous une activité sportive? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Laquelle? A quelle fréquence?</p>		
<p>10 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 et quel pays?</p>		
<p>11 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>12 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-le proche?</p>		
<p>13 Avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquelles? Quel type de réaction faites-vous?</p>		
<p>14 Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de verre par semaine?</p>		

Questionnaire de santé – Couple femmes

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

Partenaire 2: Nom

Prénom

<p>1 Etes-vous en mariée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, depuis combien de temps?</p>	<p>15 Prenez-vous des drogues? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquelles? Avec quelle fréquence?</p>	
<p>2 Depuis quand souhaitez-vous avoir un enfant?</p>	<p>16 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>3 A quel âge avez-vous eu vos premières règles?</p>	<p>17 Souffrez-vous d'acné, pilosité augmenté ou perte importante de cheveux?</p>	
<p>4 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>18 Prenez-vous régulièrement des médicaments? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels? Quel est le dosage?</p>	
<p>5 Vos règles sont-elles trop/moyennement/peu abondantes? sont elle douloureuses? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>19 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?</p>	
<p>6 Quand et chez quel gynécologue avez-vous effectué votre dernier contrôle gynécologique?</p>	Questions générales	
<p>7 Quelle est votre taille? Quel est votre poids?</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 Seriez-vous disposée à participer à des groupes de parole? Oui, quel jour/h? Non, pourquoi? Connaissez-vous notre groupe Bébéoutai sur Facebook? Oui, que venez-vous y chercher? Non, à découvrir! Avez-vous des personnes-ressources autour de vous pour vous soutenir?</p>	
<p>8 Fumez-vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de cigarettes par jour?</p>		
<p>9 Pratiquez-vous une activité sportive? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Laquelle? A quelle fréquence?</p>		
<p>10 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 et quel pays?</p>		
<p>11 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>12 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-le proche?</p>		
<p>13 Avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquelles? Quel type de réaction faites-vous?</p>		
<p>14 Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, combien de verre par semaine?</p>		