

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

PATIENTE :

Prénom :	Date de naissance :
Nom de famille :	Pays de résidence :
Nationalité :	Adresse :
Téléphone portable :	État civil :
Courriel électronique :	Profession :

PARTENAIRE (le cas échéant) :

Prénom :	Date de naissance :
Nom de famille :	Pays de résidence :
Nationalité :	Adresse :
Téléphone portable :	État civil :
Courriel électronique :	Profession :

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Médecin référent :
Amis :
Internet :
Médias sociaux :
Autres :
Gynécologue de référence :

La raison pour laquelle vous souhaitez nous contacter :

Bilan de fertilité
Traitement de la fertilité (IO, IA, FIV, DGPI)
Congélation d'ovocytes
Réception d'ovocytes

Depuis combien de temps essayez-vous de tomber enceinte ?
Période prévue du traitement :

ANAMNÈSE DE LA PATIENTE :

Cycle menstruel :

1ères règles :	Durée règles :
Cycles réguliers ?	Règles douloureuses ?
Durée cycle menstruel :	Date dernières règles :

Antécédents obstétriques :

	Nombre total	Quand ?	Observations
IVG			
Fausses couches			
Accouchements			
Enfants			

Traitements de fertilité antérieurs (nombre, quand ?, observations) :

IA:
FIV:
Réception d'ovocytes :
Autres :

Antécédents médicaux (années, détails) :

Conditions médicales :
Chirurgies :
Questions gynécologiques :

Antécédents familiaux (quel parent, quelle maladie) :

--

Médicaments, allergies :

Allergies médicamenteuses :
Traitements médicamenteux (nom/ dosage) :

Tabac (non/ si oui, ? cigarettes/jour) :

--

E-cigarettes (non/oui) :

--

Alcool (non/ si oui, ? unités/jour) :

--

Drogues (non/oui) :

--

Caractéristiques physiques :

Poids :		Texture des cheveux :	
Taille :		Groupe sanguin :	
Couleur des yeux		L'ethnie :	
Couleur de la peau :		Observations :	
Couleur des cheveux :			

ANAMNESIS PARTNER (le cas échéant) :

Grossesses/naissances avec le partenaire actuel (nombre, quand ?, observations) :

--

Grossesses/naissances vivantes avec le partenaire précédent (nombre, quand ?, observations) :

--

Antécédents médicaux (années, détails) :

Conditions médicales :
Chirurgies :
Questions gynécologiques :

Antécédents familiaux (quel parent, quelle maladie) :

--

Médicaments, allergies :

Allergies médicamenteuses :
Traitements médicamenteux (nom/dosage) :

Tabac (non/ si oui, ? cigarettes/jour) :

--

E-cigarettes (non/oui) :

--

Alcool (non/ si oui, ? unités/jour) :

--

Drogues (non/oui) :

--

Caractéristiques physiques :

Poids :		Texture des cheveux :	
Taille :		Groupe sanguin :	
Couleur des yeux:		L'ethnie :	
Couleur de la peau :		Observations :	
Couleur des cheveux :			