



Antécédents Médicaux de la Femme

Motif de la consultation: Évaluation de l'Infertilité Fausse couche à répétition
 Autre _____

Qu'attendez-vous de cette visite? _____

Quelles sont les questions auxquelles vous voulez que l'on réponde au cours de cette visite?

Depuis combien de mois votre partenaire et vous avez-vous des relations sexuelles sans recourir à une forme quelconque de contraception? _____

Résumé des grossesses:

N^{bre} de grossesses avec partenaire actuel _____ avec autre(s) partenaire(s) _____ Total _____

N^{bre} de d'avortements thérapeutiques _____

N^{bre} de grossesses ectopiques ou tubaires _____ N^{bre} de fausses couches (<20 semaines) _____

N^{bre} d'accouchements à terme _____ Naissances vivantes _____ Mort-nés _____

N^{bre} de prématurés (<37 semaines) _____ Naissances vivantes _____ Mort-nés _____

Grossesse avec anomalie congénitale Non Oui - Préciser _____

Veuillez noter toutes vos grossesses:

	Date accouchement ou fin de grossesse	Délai de conception (mois)	Traitements requis pour concevoir	Type d'accouchement/ D&C/ Complications	Part. Actuel	Autre part.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Histoire menstruelle:

Profil du cycle menstruel (coucher toutes les cases pertinentes):

- Règles régulières Règles irrégulières Tachetures avant les règles Absence de règles
 Règles abondantes Règles peu abondantes Saignement entre les règles

Nombre de jours entre le début des règles d'un cycle et le début des règles du cycles suivant: _____

Nombre de jours de saignement pendant les règles? _____

Dates du début (règles) de vos deux derniers cycles menstruels (jj/mm/aa) ____/____/____;
____/____/____

Âge où vous avez eu vos premières règles: _____

Âge où vous avez commence à voir: des seins _____; de la pilosité pubienne _____; de la pilosité
aux aisselles _____

Combien de fois avez-vous vos règles par année? _____

Prenez-vous des médicaments pour déclencher vos règles? Non Oui Quel
genre? _____

Si vous n'avez pas de règles, à quel âge avez-vous arrêté d'en avoir? _____

Ressentez-vous des crampes ou des douleurs intenses dans le bassin quand vous avez vos règles?

Non Oui; toujours__ parfois__ depuis peu__ dans le passé__

Histoire de la contraception:

Aucun moyen

Condoms-dates d'utilisation de _____ à _____

Diaphragme-dates d'utilisation de _____ à _____

DIU-dates d'utilisation de _____ à _____

Pilule anticonceptionnelle de _____ à _____

Injections contraceptives (Depo-Provera, Lunelle, etc)-dates d'utilisation de _____ à _____

Procédure de stérilisation tubaire (ligature des trompes)-date (mois/année) _____

Faite par? (inclure adresse) _____

Complications? _____

Autre _____

Vie Sexuelle

Combien de fois par semaine avez-vous des relations sexuelles? _____ Zéro Sans objet

Vous servez-vous de trousses d'ovulation vendues dans le commerce pour prévoir le moment de vos
relations? Non Oui

Ressentez-vous de la douleur pendant les relations sexuelles? Non Oui

Vous servez-vous de lubrifiant pendant les relations sexuelles? Non Oui-quel
genre? _____

Avez-vous déjà eu l'une des maladies transmises sexuellement ou infections pelviennes suivantes?

Chlamydia-date _____ Gonorrhée-date _____ Herpès-date _____
VIH/SIDA-date _____ Syphilis- date _____ Condylomes (HPV) _____
Hépatite-date _____ Autre- date _____

Frottis vaginaux (tests de Pap)

À quand remonte votre dernier frottis vaginal? (mm/aa) _____ / _____ Normal Anormal

À quand remonte votre dernier frottis vaginal anormal? (mm/aa) - _____ / _____

Avez-vous déjà subi une procédure quelconque en raison d'un frottis vaginal anormal?

Non

Oui (coucher toutes la cases pertinentes)

- Colposcopie Cryochirurgie (congélation) Traitement au laser
- Conisation LEEP

Suivi de la santé mammaire:

Avez-vous déjà subi une mammographie? Non

Oui - date _____

Normal

Anormal- préciser _____

Faites-vous l'auto-examen des seins? Non Oui

Antécédents médicaux:

Quel est votre: Taille _____ (cm) Poids _____ (kg)

ou _____ (pouces) _____ (livres)

Êtes-vous allergique à certains médicaments? Non Oui (dresser liste et décrire réactions)

Êtes-vous allergique à certains aliments? (arachides, oeufs, fruits de mer, etc) Non Oui (dresser liste et décrire réactions)

Dressez la liste de tous les médicaments que vous prenez en ce moment, y compris ceux que l'on peut acheter sans ordonnance.

Prenez-vous des produits de médecine naturelle, des suppléments de vitamines ou de produits d'alimentation naturelle? Non Oui

Si oui, lesquels? _____

Avez-vous des problèmes de santé? Non Oui (dresser la liste, les dates et le traitement)

1. _____
2. _____
3. _____

Avez-vous eu les maladies infantiles suivantes? (coucher toutes les cases pertinentes)

Varicelle Rougeole je ne sais pas Autre _____

Votre mère a-t-elle pris du DES pendant sa grossesse pour prévenir une fausse couche?

Non Oui je ne sais pas

Habitudes de vie:

Combien de boissons caféinées (café, thé, boisson gazeuse) buvez-vous par jour? _____

Fumez-vous la cigarette? Non Oui-combien par jour? _____

Depuis combien d'années? _____

Avez-vous arrêté?- Si oui, quand? _____

Consommez-vous de l'alcool? Non Oui

Bière-n^{bre}/semaine _____ Vin-n^{bre}/semaine _____ Liqueur-n^{bre}/semaine _____

Consommez-vous de la marijuana, de la cocaïne ou toute autre drogue de genre? Non Oui

Préciser: _____

Faites-vous de l'exercice? Non Oui,

Préciser _____

Avez-vous été exposée à des radiations autres que des rayons X? Non Oui

Préciser: _____

Antécédents chirurgicaux:

Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales? Non Oui (faire la liste par ordre chronologique)

Année	Motif et type d'intervention
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Avez-vous eu des problèmes avec l'anesthésie? Non Oui

(préciser) _____

Symptômes physiques:

Généraux:

- Gain ou perte récente de poids
- Anorexie/Boulimie
- Mangue d'énergie
- Fièvre/frissons
- Autre _____
- Aucun

Tête, yeux, oreilles, nez, gorge

- Étourdissements
- Maux de tête
- Perte du sens du goût
- Vision embrouillée
- Congestion nasale chronique
- Perte d'acuité auditive/surdité
- Tintement des oreilles
- Autre _____
- Aucun

Respiratoires:

- Essoufflement
- Asthme
- Bronchite
- Pneumonie
- Tuberculose
- Toux sanglante
- Autre _____
- Aucun

Endocriniens ou hormonaux:

- Diabète
- Problème thyroïdien
- Perte ou gain de poids rapide
- Faim/soif excessive
- Intolérance (température) - bouffées de chaleur ou froid
- Perte de cheveux
- Autre _____
- Aucun

Seins:

- Écoulement (clair_sanglant_laiteux_)
- Grosseur(s)
- Douleur
- Cancer
- Mammographie anormale
- Réduction
- Augmentation/Implants (salins?__ silicone?__)
- Autre _____
- Aucun

Neurologiques:

- Faiblesse/Perte d'équilibre
- Convulsions/Épilepsie
- Maux de tête
- Migraines
- Engourdissement
- Perte de mémoire
- Autre _____
- Aucun

Gastro-Intestinaux:

- Nausées/Vomissements
- Hépatite
- Selles sanglantes
- Syndrome du côlon irritable
- Changement des habitudes
- Ulcères
- Colite (ulcéreuse ou Crohn)
- Diarrhée
- Constipation
- Autre _____
- Aucun

Génito-urinaires

- Infections de la vessie
- Infections rénales
- Infections vaginales
- Mictions fréquentes
- Fuite d'urine
- Sang dans l'urine
- Herpès
- Autre _____
- Aucun

Cutanés/Membres

- Démangeaison ou irritation inexpliquée
- Acné
- Cancer de la peau
- Brûlure
- Grain de beauté qui change d'apparence
- Croissance pileuse excessive/pilosité faciale
- Autre _____
- Aucun

Musculo-squelettiques

- Faibl. musculaire inhabituelle
- Perte d'énergie/de tonus
- Polyarthrite rhumatoïde
- Lupus érythémateux
- Myasthénie
- Autre _____
- Aucun

Hématologiques:

- Troubles coagulation/caillots
- Drépanocytose
- Ecchymoses au moindre coup
- Gonflement glandes ou ganglions
- Transfusion de sang _____
- Thrombophlébite
- Autre _____
- Aucun

Cardiovasculaires:

- Palpitations/Arythmie
- Douleur poitrine
- Accident vasculaire cérébral
- Hypertension
- Fièvre rhumatismale
- Crise cardiaque
- Prolapsus valvulaire mitral
- Souffle
- Autre _____
- Aucun

Problèmes de santé mentale:

- Dépression
- Autre _____

- Anxiété

- Schizophrénie
- Aucun

Antécédents familiaux:

	Vivante		Cause de décès – Âge au moment du décès
Mère	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Père	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Frère(s)	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Soeur(s)	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Grand-mère maternelle	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Grand-père maternel	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____
Grand-père paternel	<input type="checkbox"/> Qui - Âge _____	<input type="checkbox"/> Non	_____

Antécédents de problèmes de santé dans votre famille:

		Lien avec vous		
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Cancer de l'ovaire	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Cancer du côlon	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Autre Cancer _____	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Problèmes de thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Cailiots de sang	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Obésité	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Problèmes psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Endométriose	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Infertilité	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Ménopause avant 40 ans	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Anomalies congénitales	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Fibrose Kystique	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Règles irrégulières	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Règles douloureuses	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Fausses couches à répétition	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Synd. Ovaires polykystiques	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Probl. Neurologiques (cerveau/ Colonie)	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Anomalie du tube neural	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Spina Bifida	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Anomalies os/squelette	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Retard de croissance	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Syndrome de Down	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Autre anomalie chromosomique	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Hémophilie	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Drépanocytose	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Thalassémie	<input type="checkbox"/> Oui	_____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> Aucun des problèmes ci-dessus				
<input type="checkbox"/> Autre (Préciser) _____				

Évaluation et traitement antérieurs de l'infertilité:

Avez-vous déjà passé des tests d'infertilité ou suivi un traitement de fécondité ailleurs? Oui Non

Examens antérieurs (cocher toutes les cases pertinentes):

- Tableau de température corporelle basale date _____/résultats _____
- Test - thyroïde date _____/résultats _____
- Trousse d'ovulation date _____/résultats _____
- Analyse de sang jour 3 – niveau de FSH date _____/résultats _____
- Hystérosalpingogramme (rayons X HSG) date _____/résultats _____
- Laparoscopie date _____/résultats _____
- Hystérocopie date _____/résultats _____
- Analyse de sang - Progestérone date _____/résultats _____
- Analyse de sang - Prolactine date _____/résultats _____

Traitements antérieurs (cocher toutes les case pertinentes):

Traitement	N ^{bre} de cycles	Date (mm/aa)	Résultat
<input type="checkbox"/> Insémination intra-utérine			<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse
<input type="checkbox"/> Injections quotidienne d'agents stimulants avec ou sans insemination:			<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse
<input type="checkbox"/> Citrate de clomiphène et relations sexuelles N ^{bre} maximum de comp./jour _____			<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse
<input type="checkbox"/> Citrate de clomiphène et insémination N ^{bre} maximum de comp./jour _____			<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse
<input type="checkbox"/> Cycles de FIV complétés: 1. N ^{bre} ovocytes _____ N ^{bre} embryons transférés _____ N ^{bre} cryoconservés _____ 2. N ^{bre} ovocytes _____ N ^{bre} embryons transférés _____ N ^{bre} cryoconservés _____ 3. N ^{bre} ovocytes _____ N ^{bre} embryons transférés _____ N ^{bre} cryoconservés _____ 4. N ^{bre} ovocytes _____ N ^{bre} embryons transférés _____ N ^{bre} cryoconservés _____			<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse
<input type="checkbox"/> Transferts d'embryons cryoconservés: 1. N ^{bre} embryons transférés _____ 2. N ^{bre} embryons transférés _____ 3. N ^{bre} embryons transférés _____ 4. N ^{bre} embryons transférés _____			<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> accouchement <input type="checkbox"/> pas de grossesse
<input type="checkbox"/> Tentave(s) de FIV annulée(s):			
<input type="checkbox"/> Tout autre traitement antérieur (décrire):			

Autres commentaires/complications:

État émotionnel:

Sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le pire), estimez le niveau de stress que vous ressentez en raison de votre infertilité et d'autres pressions: _____

Voulez-vous un conseiller? Non Oui-Depuis Quand? _____ À quelle fréquence? _____

Écrivez le nom de tout antidépresseur ou anxiolytique que vous prenez en ce moment:

Décrivez tout problème émotif, marital ou sexuel causé par votre infertilité.

Quelle est l'origine de vos ancêtres?

- Africaine
- Autochtone
- Juive Ashkenazi
- Asiatique
- Blanche
- Européenne de l'Est
- Canadienne-française
- Hispanique ou antillaise
- Européenne du Nord
- Européenne du Sud
- Autre (préciser _____)

Je confirme que tous les renseignements ci-dessus sont véridiques pour autant que je le sache.

(Nom – lettres moulées)

(Signature)

(Date)

Reçu par le médecin

(Signature)

(Date)