



## Antécédents Médicaux de L'homme (à remplir au besoin)

Avez-vous consulté un urologue?  Non  Oui

Avez-vous déjà conçu un enfant avec une autre femme?

Non: Contraception? \_\_\_\_\_

Oui: Combien de fois? \_\_\_\_\_

Avez-vous fait faire une analyse de sperme?

Non

Oui; nom du médecin? \_\_\_\_\_ Résultats? \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes érectiles?  Non  Oui

Faites-vous des éjaculations rétrogrades (sperme dans la vessie)?  Non  Oui

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

Non

Oui (cocher toutes les cases pertinentes)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chlamydia - date _____ | <input type="checkbox"/> Gonorrhée - date _____ | <input type="checkbox"/> Herpès - date _____           |
| <input type="checkbox"/> Syphilis - date _____  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA - date _____  | <input type="checkbox"/> Condylomes (HPV) - date _____ |
| <input type="checkbox"/> Hépatite - date _____  | <input type="checkbox"/> Autre - date- _____    |  |

Avez-vous un testicule non descendu?  Non  Oui

Avez-vous eu des douleurs dans le scrotum ou les testicules?  Non  Oui

Avez-vous eu les oreillons après la puberté?  Non  Oui

Avez-vous déjà subi une blessure aux testicules qui a requis votre hospitalisation?  Non  Oui

A-t-on diagnostiqué l'une des maladies suivantes?

- |                             |                              |  |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| Diabète                     | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui                     |
| Sclérose en plaques         | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui                     |
| Infection de la prostate    | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui                     |
| Hypertension                | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui - médicaments _____ |
| Cancer                      | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui                     |
| Autre problème neurologique | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui                     |
| Infection urinaire          | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui                     |

Avez-vous de la fièvre au cours des 3 derniers mois ?  Non  Oui

Avez-vous eu une vasectomie?  Non  Oui (date \_\_\_\_\_) - Renversement de vasectomie?  
(date \_\_\_\_\_)

Avez-vous subi un opération pour guérir une varicocèle?  Non  Oui

Avez-vous été opéré pour une hernie?  Non  Oui

Avez-vous été opéré dan la région du pénis ou de la vessie quand vous étiez enfant?  Non  Oui

Êtes-vous exposé à de la chaleur prolongée au travail?  Non  Oui

Êtes-vous exposé à des radiations ou à des produits chimiques nocifs au travail?  Non  Oui

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une chimiothérapie pour un cancer?  Non  Oui

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dressez la liste de tous médicaments que vous prenez en ce moment:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dressez la liste de vos problèmes médicaux courants:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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<sup>bre</sup>/semaine \_\_\_\_\_  Vin - n<sup>bre</sup>/semaine \_\_\_\_\_  
 Fort - n<sup>bre</sup>/semaine \_\_\_\_\_

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

Précisez: \_\_\_\_\_

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

Précisez: \_\_\_\_\_

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

Précisez: \_\_\_\_\_

Fréquentez-vous les cuves thermales ou prenez vous des bains chaud régulièrement?  Non  Oui

Votre mère a-t-elle pris du DES pendant sa grossesse pour prévenir une fausse couche ?  Non  Oui  
 je ne sais pas

Des membres de votre famille immédiate ont-ils eu de la difficulté à concevoir un enfant?  Non  Oui

Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

**Antécédents de problèmes de santé dans votre famille:**

	Lien avec vous		
Fibrose kystique	<input type="checkbox"/> Oui _____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/> Oui _____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Prob. Neurologiques (cerveau/colonne)	<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 osseuse/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
Autre anomalie chromosomique	<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) _____			

**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)