



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



CPA

le rêve d'une vie

Questionnaire pour la femme et la partenaire

INFORMATIONS POUR L'OUVERTURE DU DOSSIER

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. maison : _____

Tél. travail : _____ Tél. cell : _____ Occupation : _____

Adresse courriel : _____

N° fax pharmacie : _____

Nom et prénom du partenaire si applicable : _____ Tél. travail : _____

Tél. cellulaire : _____ Adresse : _____

Adresse courriel : _____

HABITUDES DE VIE

Allergie : _____

Poids actuel : _____ kg _____ lb Taille : _____ mètres _____ pieds

IMC : _____ Variation dans la dernière année : _____

Êtes-vous fumeur : Oui ☐ Non ☐ Nombre/jour : _____ Cessé le : _____

Cigarette ☐ Nombre/jour : _____ Cannabis ☐ Nombre/jour : _____

Autre substance : _____ Type de produit : _____

Nombre de consommation d'alcool par semaine : _____

Pratiquez-vous des activités physiques de façon régulière? ☐ Oui ☐ Non

Réservé :



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



Questionnaire pour la femme et la partenaire

HISTOIRE MÉDICALE

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un (des) problème(s) de santé suivant ? ☐ Non applicable

- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ Hyperprolactinémie
- ☐ Hyperthyroïdie
- ☐ Diabète
- ☐ Acné sévère
- ☐ Maladie du foie
- ☐ Migraines avec auras
- ☐ Maladie rhumatologique ou auto-immune*
- ☐ Problème cardiaque, pulmonaire, rénal, hépatique, intestinal, neurologique*
- ☐ Trouble psychologique ou psychiatrique*
- ☐ Troubles alimentaire (anorexie, boulimie)
- ☐ Écoulement mammaire laiteux

☐ Pilosité importante (visage, poitrine, abdomen)

☐ Hypertension

☐ Phlébite

☐ Embolie

☐ AVC ou ICT

☐ Sclérose en plaques

☐ Gonorrhée/Chlamydia

Traitée : ☐ Oui ☐ Non

☐ Cancer*

☐ Chimiothérapie

Date début :

Date de fin :

Autres :

Spécifiez :

Réservé :



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



Questionnaire pour la femme et la partenaire

HISTOIRE CHIRURGICALE

Réservé :

I. Avez-vous déjà eu une chirurgie impliquant vos trompes ? ☐ Non applicable

- ☐ Ligature tubaires* ☐ Salpingectomie* (retrait d'une trompe)
☐ Salpingostomie* (retrait d'une grossesse ectopique en conservant la trompe)
☐ Tuboplastie* (réparation d'une trompe endommagée par l'endométriose, un hydrosalpinx ou autre)

*Si oui, année : _____ Coté : ☐ Droite ☐ Gauche Hôpital : _____

II. Avez-vous déjà eu une chirurgie impliquant vos ovaires ? ☐ Non applicable

- ☐ Ovariectomie* (retrait d'un ovaire)
☐ Kystectomie* (retrait d'un kyste ovarien en conservant l'ovaire)
☐ Forage ovarien* (drilling, traitement chirurgical des ovaires polykystiques)

*Si oui, année : _____ Coté : ☐ Droite ☐ Gauche Hôpital : _____

III. Avez-vous déjà eu une autre chirurgie gynécologique ? ☐ Non applicable

- ☐ Curetage* ☐ Césarienne*
☐ Traitement d'endométriose* stade ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ Myomectomie* (retrait de fibrome) ☐ Embolisation des artères utérines*
☐ Retrait de lésion par hystérocopie* (polype, fibrome, débris, adhérence)
☐ Traitement du col de l'utérus soit cône, anse diathermique, cryothérapie*

*Si oui, année : _____ Hôpital : _____

***Demander rappel opératoire pour toute chirurgie opératoire antérieure**

IV. Avez-vous déjà eu une autre chirurgie pertinente ? ☐ Non applicable

- ☐ Chirurgie du sein* ☐ Appendicectomie* ☐ Chirurgie bariatrique*

Autre chirurgie digestive ou urologique*, précisez : _____

*Si oui, année : _____ Coté : ☐ Droite ☐ Gauche Hôpital : _____



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



Questionnaire pour la femme et la partenaire

CYCLE MENSTRUEL

Âge aux premières menstruations : _____

Avez-vous des cycles réguliers ?

☐ Oui, Nombre de jours en moyenne : _____

☐ Non, Spécifiez : _____

Avez-vous des douleurs lors de vos menstruations ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des saignements entre vos menstruations ? ☐ Oui ☐ Non

VIE SEXUELLE

Date de votre dernière cytologie (Test de PAP) : _____

Depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ? _____

Fréquence des relations sexuelles par semaine : _____

Est-ce que vous éprouvez de la douleur lors d'une relation sexuelle ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous un lubrifiant ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une histoire d'infections transmises sexuellement et/ou par le sang ?

☐ Oui ☐ Non

GROSSESSES ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà eu des grossesses antérieures ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui : ☐ Accouchement vaginal ☐ Césarienne

1^{er} grossesse : (Nombre de semaines) : _____ Poids à la naissance : _____

2^{ème} grossesse : (Nombre de semaines) : _____ Poids à la naissance : _____

☐ Complication durant la grossesse, spécifier : _____

☐ Complication à l'accouchement, spécifier : _____

Réservé :



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



Questionnaire pour la femme et la partenaire

Fausse-couche :

Nombre de fausses couches : _____

Nombre de semaines pour chaque fausse couche :

1^{er} : _____ 2^{eme} : _____ 3^{eme} : _____ 4^{eme} : _____

HISTOIRE FAMILIALE

Problèmes génétiques ou maladies héréditaires dans la famille :

☐ **Non applicable**

☐ Fibrose Kystique ☐ Maladie de Tay-Sachs ☐ Thalassémie ☐ Anémie falciforme

☐ Maladie héréditaire récessive du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Charlevoix et de la Haute-côte-Nord

Précisez :

☐ Ménopause prématurée

☐ **Non applicable**

Précisez :

☐ Infertilité dans la famille

☐ **Non applicable**

Précisez :



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



Questionnaire pour la femme et la partenaire

ESSAIS EN FERTILITÉ

Diagnostic suite à l'investigation antérieure :

Essais en procréation assistée par stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination intra-utérine :

☐ Non applicable

Cycle	Date	Clinique où a eu lieu le traitement	Durée du traitement (nombre de cycles)	Médication utilisée ou protocole	Insémination (oui/non)	Avec le conjoint ou donneur	Particularités	Grossesse confirmée suite à l'essai (oui / non)	Issue de la grossesse
1									
2									
3									
4									

Essais en procréation assistée par fécondation in vitro :

☐ Non applicable

Cycle	Date	Clinique où a eu lieu le traitement	Médication utilisée	Nombre d'ovules à la ponction	Nombre d'embryons conçus	Nombre d'embryons transférés	Particularités	Grossesse confirmée	Issue de la grossesse
1									
2									
3									
4									

Révisé par : _____

Date : _____