

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

ONE DAY TEST FERTILITY

Coordinateurs :

Clinique : Dr P. MEICLER

Biologique : Dr E. GENAUZEAU

AMP Vigilance : Dr C. FILLION

Cliniciens :

Dr A. GRISEY

Dr X. GUETTIER

Dr G. KERBRAT

Dr F. LAMAZOU

Dr V. MAGET

Dr P. MEICLER

Dr P. OGER

Dr G. SOUDRE

Biologistes :

Dr L. DELAROCHE

Dr C. FILLION

Dr E. GENAUZEAU

Dr P. GOLDENBERG

Psychologue :

Mme TINE BRISSAUD

Madame, Monsieur,

Le centre de fertilité de PARLY 2 vous propose d'évaluer votre fertilité actuelle pour préparer au mieux votre projet futur de parentalité.

Le « **ONE DAY TEST FERTILITY** » va vous permettre d'effectuer en une journée au sein de l'hôpital privé de PARLY 2 les examens nécessaires à l'évaluation de votre fertilité.

Afin d'organiser votre bilan, nous vous remercions de bien vouloir remplir le(s) questionnaire(s) ci-joint(s) puis de le(s) envoyer par mail à secretariat.onedaytest@gmail.com.

En fonction de vos réponses, un ensemble d'examens vous seront proposés : bilan hormonal, hystérosalpingographie, échographie pelvienne, consultation avec un nutritionniste, consultation avec un tabacologue.... Vous serez recontactés par téléphone pour fixer la date du bilan.

A l'issue de ces examens réalisés en une seule journée à l'hôpital privé de PARLY 2, une consultation de synthèse avec un gynécologue spécialiste de la fertilité conclura votre matinée.

Vous recevrez ainsi que votre médecin traitant le compte rendu du bilan de fertilité dans un délai d'une semaine environ.

Bien cordialement,

L'équipe de Fertilité de PARLY 2

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

QUESTIONNAIRE FEMME

Nom de naissance : _____

Nom d'usage: _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

MEDECIN GYNECOLOGUE REFERENT :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

MEDECIN GENERALISTE TRAITANT :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

ETAT GENERAL DE SANTE :

Âge : _____ Taille : _____ Poids : _____

Tabac : nombre de cigarettes _____ / jour

Arrêt du tabac depuis _____ an(s)

Jamais

Alcool : nombre de verre/semaine _____

Activité physique : jamais / < 3 heures / > 3heures par semaine

Troubles du comportement alimentaire :

- Non
- Oui : anorexie / boulimie

MALADIE(S) IMPORTANTE(S) ET TRAITEMENT MEDICAL EVENTUEL :

- Non
- Oui : diabète / phlébite / endométriose / lupus / dysthyroïdie / cancer / oreillons à l'âge adulte /maladie sexuellement transmissible

Autre : _____

- Traitements : _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX IMPORTANTS :

- Non
- Oui : mucoviscidose / phlébite / Cancer/ Trouble de la fertilité / trisomie / drépanocytose
- Autre : _____

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

MENSTRUATIONS et FERTILITE ANTERIEURE :

Âge des premières règles : _____

Durées de vos cycles menstruels : < 28 jours / entre 28 et 35 jours / entre 35 et 45 jours / > 45 jours

Durées de vos règles : 2-3 jours / entre 3 et 5 jours / >5 jours

Douleurs pendant les règles : oui / non

Si vous êtes en couple, durée de vie commune : _____

Fréquence des rapports sexuels : _____ Douleurs pendant les rapports sexuels : oui / non

Grossesse(s) antérieure(s) :

- Non
- Oui : Nombre d'enfant(s) _____

Nombre de fausse couche _____

Nombre d'interruption volontaire de grossesse _____

Déroulement des grossesses et voie d'accouchement : _____

INFECTION GENITALE GRAVE :

- Non
- Oui : Salpingite / chlamydiae / anomalie du frottis cervico-utérin

OPERATION(S) CHIRURGICALE(S) :

- Non
- Oui : appendicite / péritonite / LASER du col / Conisation du col / coéloscopie de bilan / hystérocopie pour polypes ou fibromes/ kyste ovarien / endométriose / trompes / césarienne
- Autre : _____

CONTRACEPTION ACTUELLE :

- Non
- Oui : Pilule / préservatif / dispositif intra-utérin / implant

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

QUESTIONNAIRE HOMME

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

MEDECIN GENERALISTE TRAITANT :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Âge de votre puberté : _____

Si vous êtes en couple, durée de vie commune : _____

Fréquence des rapports sexuels : _____

Grossesse(s) antérieure(s) :

- Non
- Oui : Nombre d'enfant(s) _____

Nombre de fausse couche _____

Nombre d'interruption volontaire de grossesse _____

Pathologies testiculaires :

- Non
- Oui : problème de descente testiculaire / infection génitale ou urinaire / traumatisme-torsion testiculaire / varicocèle

Opération chirurgicale :

- Non
- Oui : testicule non descendu / chirurgie hernie / prostate / torsion testiculaire / varicocèle / hypospadias (méat urétral sous le pénis)

Exposition à la chaleur : bains chaud/ position assise prolongée quotidienne/hammam

Exposition à des toxiques :

- Non
- Oui : solvant / peinture / autre(s) produit(s) chimique(s) : _____