

## 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](mailto: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

### ONE DAY TEST FERTILITY

Madame, Monsieur,

Afin de programmer votre journée, merci de préciser :

- la date de vos dernières règles : \_\_\_\_\_
- la date estimée de vos prochaines règles : \_\_\_\_\_

Par ailleurs, nous sommes l'un des premiers centres français à proposer cette journée de dépistage de la fertilité. Nous souhaiterions pouvoir utiliser vos données anonymisées pour des études internes et publications scientifiques.

C'est pourquoi, conformément à la réglementation en vigueur, nous devons vous demander votre consentement. **Votre choix n'aura bien-sûr aucune incidence sur votre prise en charge.**

Je soussignée, Madame \_\_\_\_\_ (Porter la mention manuscrite « *accepte* » ou « *n'accepte pas* ») que mes données soient exploitées de façon anonymisée dans le cadre d'études scientifiques.

Je soussigné, Monsieur \_\_\_\_\_ (Porter la mention manuscrite « *accepte* » ou « *n'accepte pas* ») que mes données soient exploitées de façon anonymisée dans le cadre d'études scientifiques.

Fait à .....

le ...../...../.....

Madame

Monsieur

## CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

### QUESTIONNAIRE FEMME

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

MEDECIN GYNECOLOGUE REFERENT : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

MEDECIN GENERALISTE TRAITANT : \_\_\_\_\_

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

Durée d'infertilité : \_\_\_\_\_

Grossesse(s) antérieure(s) : avec votre partenaire actuel ?

- 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 / coelioscopie de bilan / hystéroscopie 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 : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

#### 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 : \_\_\_\_\_ Durée d'infertilité : \_\_\_\_\_

Grossesse(s) antérieure(s) : avec partenaire actuelle ?

- 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) : \_\_\_\_\_