



CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE – CBM25

Service d'Assistance Médicale à la Procréation

Laboratoire de Planoise - Polyclinique

1 Rue Rodin 25000 BESANCON

Tel 03.81.41.80.15 - Fax 03.81.41.80.19

Questionnaire à remplir par le patient

Vous allez réaliser un prélèvement de sperme en vue d'un spermogramme.

Pouvez-vous au préalable répondre aux questions suivantes :

Nom : Prénom :

Age : Profession :

Votre conjointe :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Age : Profession :

Quel délai d'abstinence avez-vous respecté avant cet examen (nombre de jours)?

Motif de consultation :

Depuis quand cherchez-vous à avoir un enfant?

Si vous consultez pour un autre motif, précisez :

Grossesses ou naissances antérieures :

		Conjointe actuelle		Autre conjointe	
Avez-vous des enfants?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, année de leur naissance					
Y a t-il déjà eu un début de grossesse		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quand?	Fausses-couches				
	I.V.G.				

Savez-vous si des hommes de votre famille ont des problèmes d'infertilité ?

Oui

Non

Ne sais pas

Si oui, précisez :

Dans l'enfance, les testicules étaient-ils bien descendus dans les bourses :

Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Si Non, précisez :	à gauche <input type="checkbox"/>	à droite <input type="checkbox"/>	deux cotés <input type="checkbox"/>
Descente effectuée : à quel âge? :	spontanément <input type="checkbox"/>	médicalement <input type="checkbox"/>	chirurgicalement <input type="checkbox"/>
Le ou les testicules ne sont pas descendus <input type="checkbox"/>			

Tournez la page SVP

Avez-vous eu des infections uro-génitales?

orchite, épидidymite, blennorragie, « chaude pisse », infections urinaires, prostatites

Oui Non

Si oui, indiquez : le nombre d'épisodes
la date du dernier épisode
le germe en cause si vous le connaissez

Avez-vous été traité? Oui Non

Si oui, en quelle année?

Avez-vous eu un traumatisme testiculaire important? Oui Non

Avez-vous eu des calculs urinaires? Oui Non

Vous a-t-on opéré :

D'une hernie inguinale? Oui Non

Si oui, de quel coté : à quel âge?.....

Sur les voies génitales? Oui Non

Si oui, précisez : à quel âge?.....

Avez-vous eu :

	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Une hydrocèle	Si oui, opérée?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, à quel âge?		

	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sais pas <input type="checkbox"/>
Une varicocèle	Si oui, opérée?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, à quel âge?		

Avez-vous présenté une maladie grave? Oui Non

Si oui, précisez laquelle :

Consommez-vous du tabac? Oui Non

Si oui, précisez le nombre de cigarettes par jour :

Avez-vous déjà fait :

Des examens de sperme (spermogramme)? Oui Non

D'autres examens dans ce domaine? Oui Non

Si oui, merci de nous faire parvenir les résultats dans la mesure du possible

Dans les trois derniers mois :

Avez-vous été malade ? Oui Non

Avez-vous eu une forte fièvre? Oui Non

Avez-vous pris des médicaments? Oui Non