



Questionnaire à remplir par le patient

Vous allez réaliser un prélèvement de sperme. Pouvez-vous au préalable répondre aux questions suivantes :

	MONSIEUR	VOTRE CONJOINTE
NOM		
PRENOM		
AGE		
Profession		

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

Motif de l'examen :

- Désir d'enfant. Depuis quand essayez-vous d'avoir un enfant ?
- Contraception thermique masculine
- Contrôle après vasectomie. Date de vasectomie :
- Autre (précisez) :

Consommez-vous du tabac ? Oui. Précisez le nombre de cigarettes par jour :
 Non

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 (fausses couches, IVG)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Des hommes de votre famille ont des problèmes d'infertilité ou de maladies génétiques ?

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"/>
Si Non Descente effectuée : à quel âge? :	spontanément <input type="checkbox"/>	médicalement <input type="checkbox"/>	chirurgicalement

Avez-vous eu des infections urinaires ou génitales ? Oui Non

Avez-vous eu un traumatisme testiculaire important ? Oui Non

Vous a-t-on opéré :

D'une hernie inguinale ? Oui Non
Sur les voies génitales (varicocèle, hydrocèle, autres) ? Oui Non

Avez-vous présenté une maladie grave ? Oui Non

Si oui, précisez laquelle :

Avez-vous déjà fait des examens de sperme (spermogramme) ? Oui Non

Dans les trois derniers mois :

Avez-vous été malade ? Oui Non
Si oui, précisez la maladie :

Avez-vous eu une forte fièvre (>38°C) ? Oui Non

Avez-vous pris des médicaments ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :