**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 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 en une journée, au sein de la clinique de PARLY 2, d’effectuer les examens complémentaires nécessaires.

Afin d’organiser votre bilan, merci de remplir le plus exhaustivement le questionnaire ci-joint, puis de l’envoyer par mail à [secretariat.onedaytest@gmail.com](mailto:secretariat.onedaytest@gmail.com).

Vous serez alors recontacté(e) pour fixer la date et, en fonction de l’évaluation médicale, un planning de bilan vous sera proposé à la clinique de Parly 2 (bilan hormonal, hystérosalpingographie, échographie pelvienne, consultation nutritionniste, consultation tabaccologue).

Une consultation de synthèse avec un gynécologue spécialiste de la fertilité conclura votre matinée.

Votre médecin référent et vous-même recevrez ensuite dans un délai d’une semaine un compte rendu.

**L’équipe de Fertilité de PARLY 2**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MEDECIN GYNECOLOGUE REFERANT :**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**MEDECIN GENERALISTE TRAITANT :**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ***Si vous êtes une femme :***

**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

**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 / cœlioscopie de bilan / hystéroscopie pour polypes ou fibromes/ kyste ovarien / endométriose / trompes / césarienne
* Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTRACEPTION ACTUELLE** :

* Non
* Oui : Pilule / préservatif / dispositif intra-utérin / implant
* ***Si vous êtes un Homme :***

**Âge de votre puberté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 génital 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) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_