

Name: _____ Date of birth: DD / MM / YYYY

Ethnic group (Caucasian or White/ Aboriginal, etc.): _____

E-mail address: _____

Type of work (profession): _____ Work Schedule: _____

Are you in contact with toxic products? YES NO *If yes, Specify:* _____
(Heavy metals, pesticides, anesthetic gas, craft/hobby products, auto detailing, stained glass, etc.)

Weight: _____ Number of pregnancies: _____

Height: _____ Number of child: _____

BMI (Body Mass Index): _____ Number of abortion (miscarriage): _____

Health history

Previous illness: _____

Medications list: _____

Allergies: _____

Have you travelled outside of Canada within the past 6 months? YES NO
If so, where? _____

How long is your menstrual cycle? (Ex. 21 days, 28 days) _____

Do you have ovulation signs in mid-cycle? YES NO
If yes, Specify: _____

Do you have pre-menstrual symptoms (PMS)? YES NO

Have you ever used a birth control method? (Other than condoms) YES NO
If yes, Specify: _____ *When was the last time (date)?* MM / YYYY

Have you ever have been treated for venereal disease (Sexual Transmitted Infection)? YES NO
If yes, which ones and when? _____

Date of your last PAP test? MM / YYYY Name of doctor: _____

Did you ever have an abnormal PAP test? YES NO
Is yes, Specify: _____

Have you ever had surgery? YES NO
If yes, Specify: _____

Have you ever had a Hysterosalpingography (HSG) or a laparoscopy? YES NO
If yes, Date: MM / YYYY

Do you have known bleeding problems? YES NO
If yes, Specify: _____

Since when do you have infertility problems: MM / YYYY Known diagnosis: _____

Treatment received: _____

Other information: _____

Life style

How many hours of sleep per night do you get on average? _____ hours

Do you have healthy eating habits? Always Sometimes Never

Regular exercise: YES NO *If yes, what type:* _____
How many times weekly: _____

Do you consume any of the following products?
Cigarettes: YES NO *If yes, how many daily:* _____

Drugs: YES NO *If yes, Specify:* _____ *Frequency:* _____

Alcohol: YES NO *If yes, how much weekly:* _____

Vitamins: YES NO *If yes, Specify:* _____

Homeopathic or natural products: YES NO *If yes, Specify:* _____

Family history

Known genetic illness: _____

Other family members with infertility problems: _____

Signature: _____ Date: DD / MM / YYYY

Revised by: _____ Date: DD / MM / YYYY

Nom: _____ Date de naissance: JJ / MM / AAAA

Groupe ethnique (race) (Caucasien ou Blanc/Autochtone, etc.): _____

Adresse courriel : _____

Genre de travail (profession, métier) : _____ Horaire de travail : _____

Êtes-vous en contact avec des produits toxiques? OUI NON *Si oui, précisez:* _____

(Métaux lourds, pesticides, gaz anesthésique, produits d'artisanat/passe-temps, fournitures d'auto, vitrail, etc.)

Poids: _____ Nombre de grossesse: _____

Taille: _____ Nombre d'enfant(s): _____

IMC (Indice de Masse Corporelle): _____ Nombre d'avortement (perte): _____

État de santé

Maladies antérieures : _____

Liste de médicaments : _____

Allergies : _____

Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 6 derniers mois? OUI NON*Si oui, où?* _____

Quelle est la longueur de votre cycle menstruel (par ex. 21 jours, 28 jours) ? _____

Avez-vous des signes d'ovulation en milieu de cycle ? OUI NON*Si oui, Lesquels :* _____Avez-vous des symptômes prémenstruels? OUI NONAvez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive? (Autre que le condom) OUI NON*Si oui, Lequel :* _____ *Quelle était la date de la dernière utilisation ?* MM / AAAA Avez-vous déjà été traitée pour une infection transmise sexuellement (ITS) ? OUI NON*Si oui, Laquelle et quand ?* _____Date de votre dernier test de PAP ? MM / AAAA Nom du médecin : _____Avez-vous déjà eu un test de PAP anormal ? OUI NON*Si oui, Précisez :* _____Avez-vous déjà subi des chirurgies ? OUI NON*Si oui, Précisez :* _____Avez-vous déjà eu un Hystérosalpingographie (HSG) ou une laparoscopie : OUI NON*Si oui, Date :* MM / AAAA Avez-vous des problèmes de saignements connus? OUI NON*Si oui, Précisez :* _____Durée d'infertilité: MM / AAAA

Diagnostic connu: _____ Traitement reçu: _____

Autres informations: _____

Habitudes de vie

Combien d'heure par nuit dormez-vous en moyenne ? _____ heures

Avez-vous de bonnes habitudes alimentaires? Toujours À l'occasion JamaisFaites-vous de l'exercice régulièrement? OUI NON *Si oui, Spécifiez:* _____*Combien de fois par semaine:* _____*Consommez-vous les produits suivants?*Cigarettes: OUI NON *Si oui, Combien par jour:* _____Drogues: OUI NON *Si oui, lesquelles:* _____ *Fréquence :* _____Alcool: OUI NON *Si oui, consommation par semaine:* _____Vitamines: OUI NON *Si oui, Lesquels:* _____Produits homéopathiques ou naturels : OUI NON *Si oui, Lesquels:* _____**Histoire familiale**

Maladie génétique connue: _____

Autre(s) membre(s) de la famille avec problème d'infertilité: _____

Signature: _____ Date: JJ / MM / AAAA Révisé par: _____ Date: JJ / MM / AAAA