

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

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

Weight: _____ Height: _____ BMI (Body Mass Index): _____ Number of child: _____

E-mail address: _____

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

Does your work require travel? YES NO *If yes, how often?* _____

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.)

Health and Sexual history

Previous illness: _____

Allergies: _____

Medications list: _____

Have you travelled outside of Canada within the last 6 months? YES NO

Have you ever have been treated for venereal disease (Sexual Transmitted Infection)? YES NO

If yes, which ones and when? _____

Have you ever had surgery? YES NO

If yes, Specify: _____

Have you ever had abdominal or testicular traumas? YES NO

Do you have trouble getting and erection? YES NO

Do you have trouble maintaining an erection? YES NO

Do you have trouble with ejaculations? YES NO

If yes, Premature ejaculations / Retrograde ejaculations / Difficulty to ejaculate in the vagina

Did you have a previous sperm analysis? YES NO

If yes, Date: MM / YYYY Where: _____

What was the Result: _____

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/Autochtones, etc.): _____

Poids: _____ Taille: _____ IMC (Indice de Masse Corporelle): _____ Nombre d'enfant(s): _____

Adresse courriel : _____

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

Est-ce que votre travail exige des déplacements? OUI NON *Si oui, fréquence?* _____

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.)

État de santé générale et sexuelle

Maladies antérieures : _____

Allergies : _____

Liste de médicaments: _____

Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 6 derniers mois? OUI NON

Avez-vous déjà été traitée pour une infection transmise sexuellement (ITS) ? OUI NON

Si oui, Laquelle et quand? _____

Avez-vous déjà subi des chirurgies ? OUI NON

Si oui, Précisez : _____

Avez-vous subi des traumatismes abdominaux ou testiculaires ? OUI NON

Avez-vous des problèmes à obtenir une érection? OUI NON

Avez-vous des problèmes à maintenir une érection? OUI NON

Avez-vous des problèmes d'éjaculation ? OUI NON

Si oui; Éjaculation prématuré / Éjaculation rétrograde / Difficulté à éjaculer dans le vagin

Avez-vous eu un spermogramme antérieur? OUI NON

Si oui, Date : MM / AAAA Lieu : _____

Résultat : _____

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 Jamais

Faites-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