



# Questionnaire EDEN

## Auto-questionnaire Père





Nom : ..... Prénom : .....

N° d'Identification : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Date de remplissage : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## Auto-questionnaire auprès du futur père

### I. Renseignements généraux

Quelle est votre date de naissance (mois et année) ?

|\_|\_|\_| | 1 | 9 |\_|\_|\_|  
mois année

Quelle est votre taille ? |\_|\_|\_|\_| m

Quel est votre poids actuel ? |\_|\_|\_|\_| kg

**Pour les questions suivantes, il pourrait être nécessaire que vous consultiez votre carnet de santé ou posiez des questions à vos parents.**

Quel était votre poids de naissance ? |\_|\_|\_|\_| kg

Etes-vous né plus d'un mois en avance, avant le terme prévu de votre naissance ? |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. je ne sais pas

Combien de cigarettes approximativement votre mère fumait-elle quand elle était enceinte de vous ?

- |\_|0. 0  
|\_|1. 1 à 5  
|\_|2. 6 à 10  
|\_|3. 11 à 19  
|\_|4. 20 ou plus  
|\_|5. je ne sais pas

Cochez si vous avez demandé cette information à votre mère : |\_|

Votre père fumait-il en présence de votre mère quand elle était enceinte de vous ? |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. je ne sais pas

Cochez si vous avez demandé cette information à votre mère : |\_|

*Ne rien inscrire  
dans cette colonne*

1 |\_|\_|\_|  
2 |\_|\_|\_|\_|\_|

3 |\_|\_|\_|\_|

4 |\_|\_|\_|\_|

5 |\_|\_|\_|\_|\_|

6 |\_|

7 |\_|

8 |\_|

9 |\_|

10 |\_|

## II. Questionnaire de préférence manuelle

De quelle main vous servez-vous ? (Cochez d'une croix la bonne réponse)

	1 Droite	2 Gauche	3 Des 2 mains		
1. pour lancer une balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. pour écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. pour dessiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
4. pour tenir une raquette (de tennis ou ping-pong)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. pour vous servir d'un rasoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. pour vous peigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. pour vous brosser les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. pour tenir un couteau quand vous coupez du pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. pour utiliser un marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. pour utiliser un tournevis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. pour tenir une allumette quand vous l'allumez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. pour manger avec une cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
	<b>Droit</b>	<b>Gauche</b>	<b>Des 2 pieds</b>		
13. De quel pied tapez-vous dans un ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14. Quel oeil reste ouvert quand vous visez (appareil photo, caméscope) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
15. Y a-t-il des gauchers dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui			15	<input type="checkbox"/>
si oui, cochez (plusieurs réponses possibles) :					
<input type="checkbox"/> 1. Père	<input type="checkbox"/> 2. Mère	<input type="checkbox"/> 4. Frère	<input type="checkbox"/> 8. Soeur	<input type="checkbox"/> 16. Autres	16 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
si autres, précisez : .....					

### III. Difficultés de langage et difficultés scolaires dans l'enfance

Pendant votre enfance avez-vous eu un des problèmes suivants qui inquiètent souvent les parents ou les enseignants (parfois à tort) :

Un retard de langage ☐0. non ☐1. oui 1 ☐

Des difficultés pour vous exprimer oralement ou pour vous faire comprendre ☐0. non ☐1. oui 2 ☐

Des difficultés pour apprendre à lire ☐0. non ☐1. oui 3 ☐

Des difficultés pour apprendre à écrire correctement (orthographe) ☐0. non ☐1. oui 4 ☐

D'autres difficultés d'apprentissage à l'école ☐0. non ☐1. oui 5 ☐

Précisez éventuellement : .....  
.....

Des problèmes de comportement ☐0. non ☐1. oui 6 ☐

Précisez éventuellement : .....  
.....

si oui, avez-vous consulté un spécialiste pour ce(s) problème(s) ?  
☐0. non ☐1. oui 7 ☐

si oui, précisez lequel : .....

Précisez ci c'était : ☐1. régulièrement pendant un certain temps  
☐2. plusieurs fois  
☐3. une fois 8 ☐

Merci de précisez certaines réponses si vous le souhaitez

Précisez éventuellement : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### IV. Santé

**Voici maintenant des questions sur votre santé. Il s'agit de maladies ou d'infections, même bénignes, que vous avez pu avoir avant le début de la grossesse de votre partenaire.**

Avez-vous eu les oreillons APRES la puberté ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

1 ☐

si oui, y a-t-il eu à cette occasion atteinte des testicules ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

2 ☐

si oui, quel âge aviez-vous alors ?   ans

3

Avez-vous eu un traitement ou une opération parce que 1 ou 2 testicule(s) n'étai(en)t pas descendu(s) dans les bourses ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

4 ☐

si oui, quel âge aviez-vous quand ce traitement

ou cette opération a eu lieu ?   ans

5

Avez-vous déjà eu une opération au niveau génital pour :

une hernie inguinale ☐0. non ☐1. oui

6 ☐

une torsion du testicule ☐0. non ☐1. oui

7 ☐

un cancer du testicule ☐0. non ☐1. oui

8 ☐

une autre maladie au niveau génital ☐0. non ☐1. oui

9 ☐

si oui, précisez la maladie : .....

**Voici une liste de troubles ou pathologies. Indiquez ceux dont vous avez été atteint :**

un varicocèle ☐0. non ☐1. oui

10 ☐

si oui, a-t-il été opéré ? ☐0. non ☐1. oui

11 ☐

une infection à Chlamydia ☐0. non ☐1. oui

14 ☐

une cystite (infection de la vessie) ☐0. non ☐1. oui

15 ☐

une épididymite ou une orchite ☐0. non ☐1. oui

16 ☐

une prostatite ☐0. non ☐1. oui

17 ☐

une infection à gonocoque ou « chaude-pisse » ☐0. non ☐1. oui

18 ☐

un traumatisme important dans la région

des testicules ☐0. non ☐1. oui

19 ☐

une infection au niveau des testicules

ou des organes génitaux ☐0. non ☐1. oui

20 ☐

une affection de la thyroïde ☐0. non ☐1. oui

21 ☐

si oui, précisez la nature de l'affection : .....

un diabète ☐0. non ☐1. oui

12 ☐

si oui, est-ce : ☐1. un diabète insulino dépendant (« type 1 »)

☐2. un diabète non-insulino dépendant (« type 2 »)

|\_|3. ne sait pas

| 13 |\_|

Avez-vous déjà eu une tumeur maligne ou un cancer ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

22 ☐

si oui, quelle était sa localisation ?

Colon ou cancer colo-rectal

☐0. non ☐1. oui

23 ☐

Estomac

☐0. non ☐1. oui

24 ☐

Foie

☐0. non ☐1. oui

25 ☐

Leucémie, ou sang

☐0. non ☐1. oui

26 ☐

Os

☐0. non ☐1. oui

27 ☐

Testicules

☐0. non ☐1. oui

28 ☐

Lymphes

☐0. non ☐1. oui

29 ☐

Poumons

☐0. non ☐1. oui

30 ☐

Rein(s)

☐0. non ☐1. oui

31 ☐

Prostate

☐0. non ☐1. oui

32 ☐

Tête, cerveau, cou, gorge

☐0. non ☐1. oui

33 ☐

Thyroïde

☐0. non ☐1. oui

34 ☐

Vessie

☐0. non ☐1. oui

35 ☐

Autre partie du corps

☐0. non ☐1. oui

36 ☐

Préciser : .....

Avez-vous déjà souffert d'une maladie ayant nécessité un traitement ou une hospitalisation de plus de 3 mois ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

37 ☐

si oui, quelle était cette maladie ? .....

## V. Vie reproductive

Les questions qui suivent concernent les grossesses et tentatives de grossesse de votre couple, ainsi que celles que vous avez pu avoir avec d'autres partenaires par le passé.

Par grossesse, nous entendons toutes les fois où une femme est enceinte, quelle qu'en soit l'issue : naissance, fausse-couche spontanée, interruption volontaire de grossesse, interruption thérapeutique de grossesse (sur décision médicale du fait d'un risque pour la mère ou l'enfant).

**La grossesse actuelle de votre partenaire est-elle la première grossesse dont vous êtes responsable ? Prenez en compte toutes les grossesses, quelle qu'en soit l'issue (naissance, fausse-couche spontanée, grossesse extra-utérine, interruption volontaire de grossesse (IVG), etc.)**

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

1 ☐

Sans compter votre futur enfant, avez-vous d'autres enfants ?

☐0. non, j'attends mon premier enfant ☐1. oui

2 ☐

si oui, combien au total :  enfants

3

Pour chaque grossesse qui a donné naissance à un enfant, précisez :

1<sup>ère</sup> grossesse :

l'avez-vous eue avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui

4 ☐

quelle est la date de l'accouchement ?     
jour mois année

5

s'agissait-il de la naissance de :

☐1. un seul enfant, ☐2. jumeaux, ☐3. triplés, ☐4. quadruplés ou plus

6 ☐

combien de garçon(s) ou de fille(s) sont né(s) ? ☐ garçon(s) ☐ fille(s)

7 ☐G ☐F

2<sup>ème</sup> grossesse :

l'avez-vous eue avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui

8 ☐

quelle est la date de l'accouchement ?     
jour mois année

9

s'agissait-il de la naissance de :

☐1. un seul enfant, ☐2. jumeaux, ☐3. triplés, ☐4. quadruplés ou plus

10 ☐

combien de garçon(s) ou de fille(s) sont né(s) ? ☐ garçon(s) ☐ fille(s)

11 ☐G ☐F

3<sup>ème</sup> grossesse :

l'avez-vous eue avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui

12 ☐

quelle est la date de l'accouchement ?     
jour mois année

13

s'agissait-il de la naissance de :

☐1. un seul enfant, ☐2. jumeaux, ☐3. triplés, ☐4. quadruplés ou plus

14 ☐

combien de garçon(s) ou de fille(s) sont né(s) ? ☐ garçon(s) ☐ fille(s)

15 ☐G ☐F





4<sup>ème</sup> grossesse :

l'avez-vous eue avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui 16 ☐

quelle est la date de l'accouchement ?      17       
jour mois année

s'agissait-il de la naissance de : 18 ☐

☐1. un seul enfant, ☐2. jumeaux, ☐3. triplés, ☐4. quadruplés ou plus

combien de garçon(s) ou de fille(s) sont né(s) ? ☐ garçon(s) ☐ fille(s) 19 ☐G ☐F

5<sup>ème</sup> grossesse :

l'avez-vous eue avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui 20 ☐

quelle est la date de l'accouchement ?      21       
jour mois année

s'agissait-il de la naissance de : 22 ☐

☐1. un seul enfant, ☐2. jumeaux, ☐3. triplés, ☐4. quadruplés ou plus

combien de garçon(s) ou de fille(s) sont né(s) ? ☐ garçon(s) ☐ fille(s) 23 ☐G ☐F

6<sup>ème</sup> grossesse :

l'avez-vous eue avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui 24 ☐

quelle est la date de l'accouchement ?      25       
jour mois année

s'agissait-il de la naissance de : 26 ☐

☐1. un seul enfant, ☐2. jumeaux, ☐3. triplés, ☐4. quadruplés ou plus

combien de garçon(s) ou de fille(s) sont né(s) ? ☐ garçon(s) ☐ fille(s) 27 ☐G ☐F

A votre connaissance, y-a-t-il déjà eu une grossesse dont vous étiez responsable qui s'est terminée par une fausse-couche spontanée (plusieurs réponses possibles).

**Attention**, il s'agit bien des fausses-couches spontanées, et non pas des interruptions volontaires (décidées par un des membres du couple) ou médicales (décidées sur avis du médecin).

☐0. non, jamais

☐1. oui, avec ma partenaire actuelle 28 ☐

si oui, précisez combien :  29

si oui, en quelle(s) année(s) ?      30       
     31       
     32

☐2. oui, avec une autre partenaire 33 ☐

si oui, précisez combien :  34

si oui, en quelle(s) année(s) ?      35       
     36       
     37

Avez-vous déjà consulté un médecin parce que vous (ou votre partenaire) pensiez avoir des difficultés à obtenir un enfant ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

38 ☐

si oui, en quelle année ?

39

(indiquez la dernière année si plusieurs)

Avez-vous déjà tenté d'obtenir une grossesse (avec votre partenaire actuelle ou une autre partenaire) sans y parvenir ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

40 ☐

si oui, en quelle année ?

41

(indiquez la dernière année si plusieurs)

Pendant combien de temps avez-vous essayé d'obtenir la grossesse ?

mois  années

42

Avez-vous déjà mis plus de temps que vous n'auriez souhaité avant d'obtenir une grossesse ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

43 ☐

si oui, en quelle année ?

44

(indiquez la dernière année si plusieurs)

Etait-ce avec votre partenaire actuelle ? ☐0. non ☐1. oui

45 ☐

Combien de temps avez-vous finalement mis pour obtenir la grossesse souhaitée ?  mois  années

46

Avez-vous déjà eu un examen des organes génitaux ou une analyse du sperme ?

☐0. non, aucun des deux

☐1. oui, un examen des organes génitaux

si oui, pouvez-vous préciser ? .....

☐2. oui, une analyse du sperme

47 ☐

si oui, pouvez-vous préciser le résultat de l'analyse ?

☐1. absence de spermatozoïdes (azoospermie)

☐2. faible nombre de spermatozoïdes (oligospermie)

☐3. proportion importante de spermatozoïdes avec anomalie (téatospermie)

☐4. spermatozoïdes peu mobiles (asthénospermie)

☐5. autre, précisez : .....

48 ☐



## VI. Examens radiologiques

Cette dernière partie du questionnaire passe en revue différents examens radiologiques, d'abord des radios puis des scanners.

Pour chacun, veuillez nous indiquer si vous vous rappelez les avoir déjà eus **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES**, avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire.

**Chaque page correspond à un examen radiologique différent. Si vous répondez NON ou JE NE SAIS PAS à la première question encadrée de chaque page, vous pouvez passer directement à la page suivante.**

Attention, ce questionnaire ne concerne pas les échographies et les IRM, mais seulement les examens à base de rayons X.

Si vous avez un doute sur une date, donnez au moins l'année de l'examen.

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une radio des hanches ou du fémur</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>

précisez :.....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une radio du bas de la colonne vertébrale (autre qu'un scanner)</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>



précisez : .....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une radio du bassin, de l'abdomen ou des intestins (autre qu'un scanner)</b> <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ? <input type="checkbox"/> 1. Examen de routine <input type="checkbox"/> 2. Douleur <input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels <input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, précisez laquelle : ..... <input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité <input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : ..... <input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ? aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1. quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2. précisez : .....	6 <input type="checkbox"/>
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ? <input type="checkbox"/> 1. Examen de routine <input type="checkbox"/> 2. Douleur <input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels <input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, précisez laquelle : ..... <input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité <input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : ..... <input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ? aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1. quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>

précisez : ..... |

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une lavement baryté</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>

précisez :.....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une urographie intraveineuse ou U.I.V. (radio décrivant le fonctionnement des reins)</b> <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ? <input type="checkbox"/> 1. Examen de routine <input type="checkbox"/> 2. Douleur <input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels <input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, précisez laquelle : ..... <input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité <input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : ..... <input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ? aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1. quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2. précisez : .....	6 <input type="checkbox"/>
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ? Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ? <input type="checkbox"/> 1. Examen de routine <input type="checkbox"/> 2. Douleur <input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels <input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, précisez laquelle : ..... <input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité <input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : ..... <input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ? aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

quelque chose a été détecté ou confirmé : |\_\_|2.

10 |\_\_|

précisez : .....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une cystographie (radio de la vessie)</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>



précisez :.....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une artériographie</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Précisez la ou les artères concernée(s) : .....	
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Précisez la ou les artères concernée(s) : .....	
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	

quelque chose a été détecté ou confirmé : |\_\_|2.

10 |\_\_|

précisez : .....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une phlébographie (examen des veines)</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>

précisez : ..... |

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Une myélographie (examen de la moëlle épinière)</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>

précisez :.....

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Un scanner du corps entier</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>



précisez : ..... |

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :**

<b>Un scanner abdominal</b>	
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	6 <input type="checkbox"/>
précisez : .....	
<hr/>	
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	8 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?	
<input type="checkbox"/> 1. Examen de routine	
<input type="checkbox"/> 2. Douleur	
<input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	
si oui, précisez laquelle : .....	
<input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité	
<input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : .....	
<input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?	
aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	
quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2.	10 <input type="checkbox"/>

précisez : ..... |

Avez-vous déjà eu, **DANS LES 4 DERNIERES ANNEES** et avant le début de la grossesse actuelle de votre partenaire :

<b>Un scanner du bas du dos (autre que le scanner abdominal éventuellement indiqué)</b> <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas	1 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au cours des 4 dernières années ? <input type="text"/> <input type="text"/> fois	2 <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'examen 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ?	4 <input type="checkbox"/>
Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ? <input type="checkbox"/> 1. Examen de routine <input type="checkbox"/> 2. Douleur <input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels <input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, précisez laquelle : ..... <input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité <input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : ..... <input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas	5 <input type="checkbox"/>
Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ? aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1. quelque chose a été détecté ou confirmé : <input type="checkbox"/> 2. précisez : .....	6 <input type="checkbox"/>
Date de l'examen 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> mois <input type="text"/> <input type="text"/> année L'examen a-t-il eu lieu : <input type="checkbox"/> 1. avant ou <input type="checkbox"/> 2. pendant la grossesse actuelle ? Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ? <input type="checkbox"/> 1. Examen de routine <input type="checkbox"/> 2. Douleur <input type="checkbox"/> 3. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> 4. Antécédents personnels <input type="checkbox"/> 5. Une maladie était suspectée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, précisez laquelle : ..... <input type="checkbox"/> 6. Suspicion d'infertilité <input type="checkbox"/> 7. Autre, précisez : ..... <input type="checkbox"/> 8. Ne sait pas Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ? aucune anomalie ou trouble détecté <input type="checkbox"/> 1.	7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

quelque chose a été détecté ou confirmé : |\_\_|2.

10 |\_\_|

précisez : .....

A part ces examens, avez-vous eu un ou des examens d'imagerie médicale réalisés à proximité du ventre, de l'abdomen, ou des organes génitaux ? Ne mentionnez pas les IRM et les échographies :

.....

.....

.....

.....

Accepteriez-vous, pour les besoins de cette étude, que nous contactions votre médecin traitant ou votre radiologue pour obtenir plus de précisions sur les examens d'imagerie médicale que vous avez décrits, leur cause et leurs résultats ?

*Ceci vous concerne même si vous n'avez subi aucun des examens signalés ci-dessus.*

Si vous êtes d'accord, veuillez remplir et signer le formulaire de consentement qui se trouve page suivante. Il sera alors possible que nous contactions votre médecin dans les mois à venir.

## Autorisation de consulter un dossier médical

Je soussigné (nom, prénom) : .....

né le (jour/ mois/ année) : .....

Autorise les enquêteurs de l'étude Eden, coordonnée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (IFR 69, 94807 Villejuif) à consulter mon dossier médical pour les besoins de l'étude Eden à laquelle j'ai participé.

Ce dossier médical peut être consulté auprès du (des) docteurs :

(indiquer le nom, l'adresse et si possible le numéro de téléphone des médecins ou services médicaux qui vous ont suivi dans les 4 dernières années) :

*Nom du docteur :* .....

*Service médical éventuel :* .....

*Adresse :* .....

*Code postal et ville* .....

*Numéro de téléphone* .....

*Remarques éventuelles :* .....

*Nom du docteur :* .....

*Service médical éventuel :* .....

*Adresse :* .....

*Code postal et ville* .....

*Numéro de téléphone* .....

*Remarques éventuelles :* .....

J'ai bien noté que les informations recueillies le seront uniquement à des fins de recherche scientifique, et que je dispose d'un droit d'information et de modification sur les informations me concernant, à exercer auprès de l'équipe de recherche.

Date : .....

Signature : .....

## VII. Consommation de tabac, cannabis, alcool, eau

Avez-vous déjà fumé ?

☐0. non, jamais

☐1. oui, même en faibles quantités (à part la « 1<sup>ère</sup> cigarette » éventuelle)

1 ☐

Fumez-vous actuellement ?

☐0. non ☐1. oui

2 ☐

si oui, fumez-vous (*plusieurs réponses possibles*)

(*si vous fumez moins d'une cigarette par jour, rentrer le code M*)

☐1. des cigarettes

3 ☐

quelle quantité par jour :

4

☐2. des cigarillos ou cigares

5 ☐

quelle quantité par jour :

6

☐3. la pipe

7 ☐

nombre de fois par jour :

8

Vous est-il déjà arrivé de prendre du cannabis (hashish, herbe, joint) ?

☐0. non ☐1. oui

9 ☐

**Nous allons maintenant aborder des questions concernant votre mode de vie AU DEBUT DE LA PERIODE OU VOUS AVEZ CHERCHE, AVEC VOTRE PARTENAIRE, A CONCEVOIR VOTRE ENFANT. Si la grossesse actuelle n'était pas prévue, décrivez la situation dans le mois précédant le début de la grossesse de votre partenaire.**

**AU COURS DE CETTE PERIODE,**

Quelle était votre consommation quotidienne de tabac ?

(*si vous fumez moins d'une cigarette par jour, rentrer le code M*)

☐0. je ne fumais pas

10 ☐

☐1. je fumais des cigarettes

11 ☐

quelle quantité par jour :

12

☐2. je fumais des cigarillos ou cigares

13 ☐

nombre de fois par jour :

14

☐3. je fumais la pipe

15 ☐

nombre de fois par jour :

16

Avez-vous pris du cannabis (hashish, herbe, joint) ?

☐0. non ☐1. oui

17 ☐

si oui, avec quelle fréquence ?

☐1. moins d'une fois par mois

☐2. 1 à 4 fois par mois



- ☐ 3. 1 à 4 fois par semaine  
☐ 4. tous les jours ou presque

18 ☐

## Boissons alcoolisées : combien avez-vous consommé de verres ... ?

### 1) en semaine, du lundi au vendredi

(Indiquez le nombre moyen de verres par jour)

de cidre	_ _	19	_ _
de vin blanc	_ _	20	_ _
de vin rouge ou rosé	_ _	21	_ _
de bière	_ _	22	_ _
d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini, ...)	_ _	23	_ _
de champagne	_ _	24	_ _
d'alcools forts (whisky, gin, vodka, ...)	_ _	25	_ _

### 2) le week-end, du vendredi soir au dimanche soir

(Indiquez le nombre de verres au total pendant le W-E)

de cidre	_ _	26	_ _
de vin blanc	_ _	27	_ _
de vin rouge ou rosé	_ _	28	_ _
de bière	_ _	29	_ _
d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini, ...)	_ _	30	_ _
de champagne	_ _	31	_ _
d'alcools forts (whisky, gin, vodka, ...)	_ _	32	_ _

## Quelle quantité d'eau du robinet avez-vous bu en moyenne par jour ?

(\*comptez environ 7 verres dans une bouteille de 1,5 litre et 3 tasses dans un bol)

### 1) à votre domicile

dans votre thé *	_ _  tasses/jour	33	_ _
dans le café *	_ _  tasses/jour	34	_ _
en infusion *	_ _  tasses/jour	35	_ _
en verres d'eau*	_ _  verres/jour	36	_ _
apéritif anisé	_ _  verres/jour	37	_ _

### 2) en dehors de votre domicile

dans votre thé *	_ _  tasses/jour	38	_ _
dans le café *	_ _  tasses/jour	39	_ _
en infusion *	_ _  tasses/jour	40	_ _
en verres d'eau*	_ _  verres/jour	41	_ _
apéritif anisé	_ _  verres/jour	42	_ _

## Quelle quantité d'eau minérale avez-vous bu en moyenne par jour ?

dans votre thé * :	marque d'eau : .....	_ _  tasses/jour	43	_ _
dans le café * :	marque d'eau : .....	_ _  tasses/jour	44	_ _
en infusion * :	marque d'eau : .....	_ _  tasses/jour	45	_ _

en verres d'eau* : marque d'eau :.....	_ _  verres/jour	46	_ _
apéritif anisé :      marque d'eau :.....	_ _  verres/jour	47	_ _
Quelle était votre adresse principale à cette période ?			
N° :	_ _ _ _		
Rue, boulevard, avenue, ... :	.....		
Lieu-dit éventuel :	.....		
Commune :	.....		
Code postal :	_ _ _ _		
Ceci question ne servira pas à vous écrire à ce domicile ni à venir y faire des mesures.			
Elle permettra de déterminer de quel bassin d'alimentation en eau vous dépendiez.			
Votre adresse à cette période correspond-elle à votre domicile actuel ?			
_ 0. non	_ 1. oui	48	_

## VIII. Diplômes et emploi

Quel est le diplôme de niveau le plus élevé que vous avez obtenu ?

- ☐1. aucun diplôme
- ☐2. certificat d'études primaires
- ☐3. certificat d'aptitude professionnelle, CAP
- ☐4. brevet d'enseignement professionnel, BEP
- ☐5. bac professionnel
- ☐6. bac technologique
- ☐7. bac général
- ☐8. diplôme bac + 2 (DUT, BTS, DEUG)
- ☐9. diplôme d'enseignement supérieur (2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle, grande école)
- ☐10. autre : précisez .....

1 ☐

**Voici maintenant quelques questions concernant vos activités professionnelles DANS LES 3 ANS PRECEDANT LE DEBUT DE LA GROSSESSE de votre partenaire.**

Avez-vous eu un emploi ? ☐0. non ☐1. oui

si oui, quel(s) métier(s) avez-vous exercé pendant cette période  
(soyez très précis) ? .....

2 ☐

Depuis quelle date exercez-vous votre dernier métier ?

mois   année

3

Concernant le dernier métier exercé pendant cette période, vous avez travaillé en moyenne :

combien d'heures/jour

heures/jour

4

combien de jours/semaine

jours/semaines

5

Aviez-vous un horaire de travail régulier ? ☐0. non ☐1. oui

6 ☐

si oui : ☐1. principalement pendant la journée (7h-19h)

☐2. principalement, le soir (19h-0h)

☐3. principalement la nuit (0h-7h)

☐4. selon des rotations horaires

☐5. autre, précisez : .....

7 ☐

Quelle était votre posture de travail ? (*plusieurs réponses possibles*)

☐1. assis dans un véhicule

9 ☐

nombre d'heures/jour en moyenne

10

☐2. assis à un poste de travail ou à un bureau

11 ☐

nombre d'heures/jour en moyenne

12

☐3. debout

13 ☐

nombre d'heures/jour en moyenne

14

_ 4. marche		15	_
nombre d'heures/jour en moyenne	_ _	16	_ _
_ 5. très variable		17	_

Dans le cadre de votre travail, pendant cette période de 3 ans, avez-vous pratiqué une des activités suivantes ?

(plusieurs lignes peuvent vous concerner: cochez toutes les cases nécessaires)

	1	2	3	4	
	Au moins 1 fois/jour	Au moins 1 fois/semaine	Rarement	Jamais	
Peinture (industrielle) .....	_	_	_	_	18  _
Peinture (bâtiment) .....	_	_	_	_	19  _
Fonderie de métaux .....	_	_	_	_	20  _
Usinage de métaux .....	_	_	_	_	21  _
Dégraissage de métaux .....	_	_	_	_	22  _
Soudure de métaux .....	_	_	_	_	23  _
Nettoyage industriel .....	_	_	_	_	24  _
Utilisation de colle .....	_	_	_	_	25  _
Fabrique de plastique .....	_	_	_	_	26  _
Utilisation de produits chimiques .....	_	_	_	_	27  _
Développement de photos .....	_	_	_	_	28  _
Utilisation d'anesthésiques .....	_	_	_	_	29  _
Travail de laboratoire .....	_	_	_	_	30  _
Travail à une température > 50°C .....	_	_	_	_	31  _
Travail avec exposition à des rayonnements ionisants (radioactivité) .....	_	_	_	_	32  _
Travail avec exposition à des rayonnements radars ou ondes radio .....	_	_	_	_	33  _
Travail avec exposition à des produits phyto-sanitaires (pesticides par ex.) .....	_	_	_	_	34  _



## MERCI ! VOUS AVEZ FINI DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

Toute l'équipe de l'étude EDEN vous remercie beaucoup pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire et de votre collaboration qui nous est indispensable.

Si vous avez des questions concernant les points abordés, la formulation du questionnaire, ou l'étude en général, n'hésitez pas à nous contacter.

Date à laquelle vous avez rempli le questionnaire : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Durée nécessaire pour répondre au questionnaire : |\_\_| heure(s) |\_\_|\_\_| minute(s)