

**MERCI DE BIEN VOULOIR RENSEIGNER CE QUESTIONNAIRE
EN VUE D'UN SPERMOGRAMME PENDANT LA PERIODE DE PANDEMIE COVID-19**

Votre adresse mail :

Nom et Prénom de VOTRE compagne ou épouse :

Questions concernant les antécédents de MONSIEUR	Réponse
1- Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ? Si oui, était-il normal ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2- Etes-vous fumeur de ? Cigarettes.....si oui, quelle est votre consommation :..... Cannabis.....Si oui, quelle est votre consommation :.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3- Y a-t-il eu des grossesses ou des naissances dans le couple ou dans un couple antérieur ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4- Dans l'enfance, vos testicules étaient-ils bien descendus dans les bourses ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5- Dans l'enfance, avez-vous eu les oreillons ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6- Avez-vous eu des infections urinaires et/ou génitales ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7- Avez-vous eu un traumatisme testiculaire important ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8- Vous a-t-on opéré - d'une hernie inguinale - d'une torsion testiculaire - d'une tumeur testiculaire - d'une varicocèle (varice au niveau des bourses) - une vasectomie.....si oui quand.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9- Avez-vous une maladie grave ?.....si oui, laquelle.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10- Avez-vous fait une chimiothérapie ou radiothérapie ?.....si oui, quand.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11- Dans les trois derniers mois : - Avez-vous été malade ? - Avez-vous eu une forte fièvre ? - Avez-vous pris des médicaments ? Lesquels :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12 - AVEZ-VOUS EU DURANT LES 2 DERNIERES SEMAINES ou ACTUELLEMENT AVEZ-VOUS : - une TOUX ou des DIFFICULTES A RESPIRER - une DIARRHEE - une PERTE D'ODORAT - une ERUPTION CUTANEE (boutons ou plaques sur la peau)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A REMPLIR APRES LE RECUEIL	
13-La totalité de l'éjaculat a-t-elle été recueillie ? Si perte de l'éjaculat <input type="checkbox"/> début <input type="checkbox"/> milieu <input type="checkbox"/> fin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Heure du recueil :	