



Programme National de Recherche 50
(PNR50)

Étude nationale sur la fertilité en Suisse

Questionnaire adressé au conscrit

Numéro d'étude :

Date:

QUESTIONNAIRE

Projet National de Recherche (PNR 50)

DIMINUTION DE LA FERTILITE MASCULINE DANS DIVERSES REGIONS GEOGRAPHIQUES DE SUISSE:

Ce questionnaire fait partie d'une étude scientifique qui ,nous l'espérons, permettra d'identifier les facteurs qui sont susceptibles d'affecter les facultés reproductrices masculines, notamment le style de vie, les activités professionnelles et l'histoire médicale des sujets étudiés.

Un des buts de cette étude est une meilleure connaissance de cette problématique, afin d'être à même d'aider plus efficacement les couples ayant des problèmes d'infertilité.

Certaines questions pourront vous paraître difficiles, mais essayez d'y répondre le plus précisément possible, raison pour laquelle ce questionnaire vous est envoyé directement à la maison. Si vous participez à la phase clinique de l'étude, n'hésitez pas à poser des questions lors de l'entrevue que vous aurez avec les médecins. **Vous êtes, bien entendu, libre de ne pas répondre aux questions qui ne vous conviendraient pas.**

Un autre questionnaire concerne la vie et la santé de votre mère lorsqu'elle vous attendait, il est important que vous fassiez appel à elle pour répondre à certaines questions. Ce questionnaire est à retourner séparément à l'aide de l'enveloppe réponse jointe.

Vos réponses seront traitées confidentiellement et votre nom ne sera pas enregistré avec les réponses. Ce questionnaire sera utilisé à des fins statistiques et il ne sera pas possible de vous identifier à partir du questionnaire seul.

Votre participation à cette étude est volontaire. Il est important que vous répondiez au questionnaire de façon aussi rigoureuse que possible.

Questionnaire consocrit

A. QUESTIONS GENERALES

A1. Quand êtes-vous né ?

Année 19.....

A2.1. Où vivez-vous actuellement (dans la vie civile) ?

Ville/village CP

A2.2. Depuis combien de temps vivez-vous dans cette localité ?

..... années

A2.3. Avez-vous vécu ailleurs durant les deux dernières années ?

Ville/village CP Canton/Pays

Ville/village CP Canton/Pays

Ville/village CP Canton/Pays

A2.4. Où êtes-vous né ?

Ville/village CP Canton/Pays

A2.5. Où habitaient vos parents lorsque votre mère était enceinte ?

Ville/village CP Canton/Pays

Je ne sais pas

A3. Comment décririez-vous votre état de santé ?

Excellent

Bon

Passable

Mauvais

Questionnaire consocrit

A4. Un médecin a-t-il déjà décelé chez vous une des maladies citées ci-dessous ?

(Si oui, précisez l'année du diagnostic et quel traitement vous a été administré)

	Non	Oui	Ne sais pas	Année	Traitement
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite/ou autre maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer lequel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme, bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) maladie(s) lesquelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Au cours des trois derniers mois et pendant une semaine ou plus, avez-vous pris quotidiennement des médicaments ou des compléments alimentaires (du type hormones ou stéroïdes anabolisants pour le développement ou l'entretien de la musculature) ?

Non

Oui

Si oui, le(s)quel(s) :

Nom du médicament :	Malaise traité :	Dosage :
---------------------	------------------	----------

<i>Exemple :</i> <i>Aspirine</i>	<i>Douleurs musculaires</i>	<i>1 tablette 3 fois/jour durant 7 jours</i>
-------------------------------------	-----------------------------	--

.....
.....
.....
.....

Questionnaire consocrit

A6. Ces trois derniers mois, avez-vous eu une fièvre de 38⁰ degrés ou plus durant au moins 24 heures ?

- Non **Allez à la question A10**
- Oui
- Je ne sais pas **Allez à la question A10**
-

A7. Quelle était cette température ?

..... °C

A8. Combien de temps a duré cette fièvre ?

..... jours

A9. Quelle en était la cause ?

.....

A10. Quels sont vos poids et taille ?

Poids : kg Taille : cm

A11. Avez-vous des frères et sœurs (*si non, prière de noter 0*) ?

Frère(s) : Sœur(s) :

A12. A votre connaissance, y a-t-il des problèmes de santé dans votre famille (*parents, grands-parents, oncles, tantes, ...*) ?

- Non **Allez à la section C**
- Oui si oui, lesquels :
- Je ne sais pas
-

Questionnaire conscrit

La section B est représentée par le questionnaire parental.

C. SANTÉ DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR

C1. Occasionnellement, un ou deux testicules se déplacent-ils du scrotum (*bourses*) vers le haut (*aine*) et devez-vous le/les remettre en place manuellement ?

- Non
- Oui, les deux A quelle fréquence ?
- Oui, le gauche A quelle fréquence ?
- Oui, le droit A quelle fréquence ?

Etes- vous né avec les deux testicules en place (*dans les bourses*) ?

- Non
- Oui **Allez à la question C4**
- Je ne sais pas **Allez à la question C4**
-

C2. Est-ce que, lorsque vous êtes né, un ou deux testicules n'étaient pas en place (*dans les bourses*) ?

- Un testicule n'était pas dans les bourses
- Les deux testicules n'étaient pas dans les bourses
- Je ne sais pas
-

C3. Avez-vous été traité pour faire descendre les testicules ou sont-ils descendus spontanément ? Les cas échéant, quand le traitement a-t-il commencé ?

- Non, ils sont descendus spontanément, je n'ai pas eu besoin d'être traité
- Oui, les deux, par un traitement hormonal Année du début du traitement :
- Oui, les deux, par une opération Année de la 1^{er} opération :
- Un est descendu spontanément, l'autre par un traitement hormonal Année du début du traitement :
- Un est descendu spontanément, l'autre a été opéré Année de la 1^{er} opération :
- Je ne sais pas
-

Questionnaire conscrit

C4. Avez-vous eu les oreillons ?

- Non **Allez à la question C7**
- Oui
- Je ne sais pas **Allez à la question C7**

C5. A quel âge avez-vous eu les oreillons ?

..... ans

C6. Est-ce que un ou deux testicules ont été affectés par les oreillons ?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

C7. Avez-vous déjà été blessé dans la région des bourses assez violemment pour les faire enfler (ex. coup de pied lors d'un match de foot, etc.) ? Si oui quand ?

- Non
- Oui Année :
- Je ne sais pas

C8. Avez-vous déjà été opéré d'une des affections suivantes ? Si oui, notez l'année de la 1^{ère} opération.

	Non	Oui	Ne sais pas	Année
Hernie inguinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices sur les bourses (varicocèle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsion des testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer des testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypospadias (orifice urètre anormal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies du pénis, des testicules, du tractus urinaire ou des bourses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autres, lesquelles			

Questionnaire conscrit

C9. Un médecin a-t-il déjà décelé une des affections suivantes chez vous ? Si oui, mentionnez l'année du diagnostic.

	Non	Oui	Ne sais pas	Année
Infection des testicules ou de l'épididyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du tractus urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection de la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrhée (chaude-pisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à Chlamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices sur les bourses (varicocèle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie inguinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autres, lesquelles			

C10. Quand avez-vous ressenti les signes de la puberté suivants ? Etait-ce avant, plus tard ou en même temps que la plupart de vos camarades ? Si vous vous rappelez de votre âge lors de ces événements veuillez le mentionner.

	Avant	Plus tard	Même temps	Ne sais pas	Age
Changement de voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation de la taille du pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation de la taille des testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Développement de la pilosité pubienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C11. Avez-vous les problèmes sexuels suivants et si oui, à quelle fréquence ?

	Souvent	Parfois	Jamais	Ne sais pas
Je ne suis pas intéressé par le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'érection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejaculation précoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas d'éjaculation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autre, lesquels			

C12. Quelle est la fréquence hebdomadaire de vos rapports sexuels (*masturbation comprise*) ?

..... relations sexuelles par semaine

..... masturbations par semaine

Questionnaire conscrit

D. *HYGIÈNE DE VIE ET ALIMENTATION*

Plusieurs études ont démontré l'importance, pour la santé des individus, du régime alimentaire et de l'hygiène de vie. Les questions suivantes s'y rapportent.

D1. Avez-vous fumé ou fumez-vous encore (cigarettes, pipes, cigares) ?

- Non **Allez à la question D4.1**
 Oui
-

D2. Combien de cigarettes, cigares ou pipes fumez-vous par jour en moyenne ?

- cigarettes par jour
 cigares par jour
 pipes par jour
-

D3.1. Depuis combien d'années fumez-vous ? Si vous avez arrêté de fumer durant certaines périodes, soustrayez-les.

..... années

D3.2. Si vous avez arrêté de fumer : pendant combien d'années avez-vous fumé et combien ?

..... nombre de cigarettes (ou autres) par jour pendant années

D4. 1. Avez-vous consommé les substances suivantes au cours de la semaine écoulée et en quelles quantités ? En cas de non consommation prière de noter 0.

- | | | |
|---|-------|--|
| Bière | ..... | bouteilles/semaine (25 cl = 1 bouteille) |
| Vin | ..... | verres/semaine (10 cl = 1 verre) |
| Spiritueux | ..... | drinks/semaine (2 cl = 1 drink) |
| Marijuana ou hachisch | ..... | fois/semaine |
| Cocaïne, crack ou autres drogues | ..... | fois/semaine |
| Limonade avec alcool (p. ex. Smirnoff, ...) | ..... | bouteilles/semaine (33 cl = 1 bouteille) |
| Limonade avec caféine (p. ex. Coca, ...) | ..... | bouteilles/semaine (1 l = 1 bouteille) |
| Limonade diététique | ..... | bouteilles/semaine (1 l = 1 bouteille) |
| Chocolat | ..... | barres/semaine (1 barre = 1 Mars) |
-

Questionnaire conscrit

D4.2. Avez-vous consommé les substances suivantes au cours de la semaine écoulée et en quelles quantités ? En cas de non consommation prière de noter 0.

Café	.....	tasses/jour
Thé	.....	tasses/jour
Cacao	.....	tasses/jour

D5. Etes-vous végétarien ?

Non	<input type="checkbox"/>	Allez à la question D8
Oui	<input type="checkbox"/>	

D6. Pendant combien de temps avez-vous été végétarien ?

..... mois et/ou années

D7. Consommez-vous les produits suivants ?

	Non	Oui
Poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Buvez-vous du lait ? Y compris le lait pris avec les céréales ou le café/thé.

Non	<input type="checkbox"/>	Allez à la question D11
Oui	<input type="checkbox"/>	

D9. En moyenne combien de litres de lait buvez-vous chaque jour ? Y compris le lait pris avec les céréales ou le café/thé. Réponse possible en ¼ ou ½ litres.

..... litres/jour

Questionnaire constrict

D10. A quelle fréquence consommez-vous les produits suivants ?

	Souvent	Parfois	Rarement ou jamais
Lait entier (pas écrémé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait demi écrémé, drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait écrémé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres laits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autres, lesquels		

D11. En moyenne à quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?

	Jamais	1-3 fois/ mois	1 fois/ semaine	2-3 fois/ semaine	1 fois/ jour	Plusieurs fois/jour
Yoghourt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurre sur du pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurre de cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tofu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soya au lieu de viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumineuse (pois, lentilles, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haricots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poisson maigre ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poisson gras ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poulet, dinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bœuf, veau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agneau, Porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Poissons maigres : brochet, cabillaud, carrelet colin, dorade, flétan, limande, merlan, perche, raie, saint pierre, sole, truite, ...

(2) Poissons gras : saumon, sardine, thon rouge, truite saumonée, anguille, hareng, maquereau, ...

Questionnaire consocrit

D12. A quelle fréquence remplacez-vous les produits suivants par des produits végétariens ?

	La plupart du temps	Parfois	Rarement ou jamais
Lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13. Lavez-vous les fruits ou les légumes avant de les consommer (*crus ou cuits*) ?

La plupart du temps	<input type="checkbox"/>
Parfois	<input type="checkbox"/>
Rarement ou jamais	<input type="checkbox"/>

D14. Combien d'heures par semaine passez-vous dans des endroits enfumés (*bars, restaurants, ...*) ?

..... heures/semaine

E. ÉDUCATION, PROFESSION ET LOISIRS

E1. Quel niveau scolaire avez-vous atteint ?

Ecole primaire ou moins	<input type="checkbox"/>
Ecole secondaire	<input type="checkbox"/>
Gymnase	<input type="checkbox"/>
CFC professionnel	<input type="checkbox"/>
Haute école	<input type="checkbox"/>
Université, EPF	<input type="checkbox"/>

E2. Combien d'années au total avez-vous passées à l'école ? (Université = école)

..... années

Questionnaire conscrit

E3. Etes-vous encore à l'école ? (Université = école)

Non

Oui

E4.1. En moyenne, combien d'heures par semaine avez-vous consacré au travail durant les 3 derniers mois ? (Inclure le travail scolaire)

..... heures/semaine

E4.2. Quelle est votre profession ?

.....

E5. Quelles périodes de la journée avez-vous consacrées au travail durant les 3 derniers mois ?

Pendant la journée (de 6h00 à 17h00)

En soirée (de 17h00 – minuit)

Pendant la nuit (de minuit-6h00)

Rotation régulière

Horaire variable

E6. Quelle a été votre position au travail durant les 3 derniers mois ? (Plusieurs cases sont possibles).

Assis dans une voiture heures/jour

Assis derrière un bureau heures/jour

Debout heures/jour

En marche heures/jour

Alternance de la position debout et de la marche heures/jour

Questionnaire conscrit

E7.1 Durant les 3 derniers mois, combien de fois avez-vous exercé les activités suivantes ou travaillé avec les produits suivants ?

	Chaque jour	Chaque semaine	Rarement ou jamais
Vernissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peinture (bâtiment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soudure (métal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraisage, polissage (travail) de métaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dégraissage de métaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dégraissage avec des solvants organiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soudure de PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbicide ou pesticide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Développement de photos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits anesthésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail à des temp. supérieures à 50°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux rayons X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous senti triste, démoralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E7.2. Durant les 3 derniers mois, avez-vous utilisé d'autres produits chimiques ou avez-vous été en contact avec des sources d'ondes électromagnétiques ou de forts voltages ?

Non

Oui

Si oui, lesquels :

.....

E8. Durant les 3 derniers mois avez-vous utilisé les produits suivants et, si oui, combien de fois ?

	Non	Oui	Ne sais pas	Nombre de fois
Plaquettes anti-mouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spray anti-mouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spray anti-insecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poudre contre les fourmis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collier anti-puce ou shampoing pour chiens et chats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire conscrit

E9.1. Possédez-vous un téléphone cellulaire (*Natel*) ?

Non

Oui

E9.2. A quelle fréquence utilisez vous votre téléphone cellulaire (*Natel*) ?

Plus de 20 fois par jour

Entre 10 et 20 fois par jour

Entre 5 et 10 fois par jour

Entre 1 et 5 fois par jour

Quelques fois par semaine

Rarement

E9.3. Lorsque vous ne téléphonez pas avec votre téléphone cellulaire (*Natel*), où le portez-vous le plus fréquemment (*une seule réponse possible*) ?

A la ceinture

Dans une poche de pantalon

Dans la poche-revolver de la veste

Autres emplacement précisez s.v.p

.....

F. GROSSESSES AVEC VOTRE FEMME/AMIE

F1. Avez-vous déjà été responsable d'une grossesse (*conduite ou non à son terme*) ?

Non

Oui Si oui, combien de fois ?

F2. Avez-vous déjà volontairement essayé de concevoir un enfant ?

Non **Allez à la fin !**

Oui

Questionnaire conscrit

F3. Avez-vous réussi ?

Non

Allez à la question F5

Oui

F4. Pendant combien de temps avez-vous essayé d'avoir un enfant avant de réussir (nombre de mois sans contraception) ?

Nombre de mois

Allez à la question F6

F5. Pendant combien de temps avez-vous essayé d'avoir un enfant avant de renoncer (nombre de mois sans contraception) ?

Nombre de mois

F6. Votre partenaire a-t-elle subi des examens médicaux liés à la conception ?

Non

Oui

Allez à la fin !

Si oui, le(s)quel(s)

F7. Votre partenaire a-t-elle suivi un traitement pour l'aider à concevoir ?

Non

Oui

Si oui, lequel

Notez ici vos remarques concernant votre profession, hygiène de vie ou santé qui pourraient avoir un intérêt dans le cadre de cette étude.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Qu'elle est votre motivation à participer à cette étude ?

.....
.....
.....

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION