

QUESTIONNAIRE CO-MORBIDITES DU COUPLE

A remplir 15 jours avant le début du protocole

Madame, Monsieur,

En remplissant ce questionnaire, vous engagez votre responsabilité personnelle. Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé.

[Avez-vous une des maladies ou antécédents](#) ci-dessous, ou êtes-vous dans l'une de ces situations ?

SI VOUS REPONDEZ "OUI" A UNE DES QUESTIONS, VEUILLEZ PRENDRE CONTACT AVEC VOTRE GYNECOLOGUE CAR UNE MODIFICATION DU TRAITEMENT PEUT ETRE ENVISAGEE.

Date du questionnaire :

Nom	Prénom	DDN	Madame		Monsieur	
Nom	Prénom	DDN	oui	non	oui	non
- Hypertension artérielle traitée						
- Diabète insulino-dépendant						
- Accident vasculaire cérébral (AVC)						
- Phlébite ou embolie pulmonaire						
- Infarctus cardiaque (IDM), angine de poitrine						
- Chirurgie cardiaque						
- Insuffisance cardiaque sévère						
- Maladie respiratoire chronique (dont asthme sévère...)						
- Insuffisance rénale chronique dialysée						
- Cancer en cours de traitement						
- Immunosuppression (immunosuppresseurs, biothérapie, corticothérapie à forte dose)						
- Traitement en cours (hors infertilité)						
- Taille en m						
- Poids en kg						

QUESTIONNAIRE COVID DU COUPLE

A remplir à chaque étape jusqu'à 15 jours après l'AMP

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire a pour **objectif de vous protéger et de protéger les personnels soignants** au cours de la période d'épidémie de Covid-19. Il vous sera demandé d'y **répondre à plusieurs reprises** au cours de votre prise en charge.

Une falsification des réponses peut avoir des conséquences graves pour votre santé et celle des professionnels.

Les **activités d'AMP pourront être stoppées à tout moment** si le personnel soignant est malade, en cas de réactivation de l'épidémie et/ou de re confinement. Vous concernant, toute symptomatologie suspecte ou infection active au Covid-19 pourra **conduire à tout moment à un arrêt de la prise en charge ou à un freeze-all** (congélation embryonnaire à la suite de la ponction d'ovocyte).

Merci de signaler à l'équipe dans les plus brefs délais tout changement de votre situation qui modifierait vos réponses à ce questionnaire.

Nom	Prénom	DDN	Madame		Monsieur	
Nom	Prénom	DDN	Oui	Non	Oui	Non
<p>Dans les 15 derniers jours, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • été diagnostiqué positif au Covid-19 ? • eu une température > 38°C ? (merci de noter votre température aujourd'hui) • ressenti une fatigue anormale ? • ressenti des courbatures ? • eu une toux ou des difficultés pour respirer ? • eu mal à la gorge ? • eu des maux de tête ? • eu de la diarrhée ? • eu une perte de goût ou des odeurs, le nez bouché ? • eu des engelures ? • été en contact ou vécu avec une personne qui a l'un des symptômes ci-dessus ? • été en contact avec une personne diagnostiquée Covid-19 ? 						