

Questionnaire - Covid-19 - [S50/2]

QUESTIONNAIRE CO-MORBIDITES

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 ?

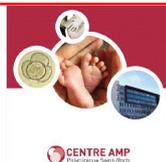
SI VOUS REPONDEZ "OUI" A UNE DES QUESTIONS, VEUILLEZ PRENDRE CONTACT AVEC VOTRE GYNECOLOGUE CAR UNE MODIFICATION DU TRAITEMENT PEUT ETRE ENVISAGEE.

Date du questionnaire : / /

<input type="checkbox"/> Madame (IIU, FIV, TEC)		<input type="checkbox"/> Monsieur (Biopsie testiculaire)				
Nom	Prénom	Né(e) le :	/	/	oui	non
<ul style="list-style-type: none">- Hypertension artérielle traitée- Diabète insulinodépendant- 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)						
<ul style="list-style-type: none">- Taille en m- Poids en kg						



Document développé par le groupe de travail Inovie Fertilité



Questionnaire - Covid-19 - [S50/2]

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	Née le : / /	Madame		Monsieur	
Nom	Prénom	Né le : / /	oui	non	oui	non
Dans les 15 derniers jours, avez-vous :						
• 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						

Nom	Prénom	Née le : / /	Madame		Monsieur	
			oui	non	oui	non
1- <u>Quinzaine de jours avant de débuter la stimulation et avant tout pré traitement :</u> <u>Date du questionnaire :</u> / / Dans les 15 derniers jours, avez-vous été diagnostiqué Covid-19 et/ou en contact avec une personne diagnostiquée Covid-19 et/ou avez-vous présenté des symptômes suspects (cf questionnaire précédent) ?						
2- <u>Aux premiers jours de stimulation (avant la première injection de gonadotrophine) :</u> <u>Date du questionnaire :</u> / / Dans les 15 derniers jours, avez-vous été diagnostiqué Covid-19 et/ou en contact avec une personne diagnostiquée Covid-19 et/ou avez-vous présenté des symptômes suspects (cf questionnaire précédent) ?						
3- <u>Le jour du déclenchement de l'ovulation (par ovitrelle® ou décapeptyl®/synarel®) ou si transfert d'embryons congelés le jour du début du progestan® :</u> <u>Date du questionnaire :</u> / / Dans les 15 derniers jours, avez-vous été diagnostiqué Covid-19 et/ou en contact avec une personne diagnostiquée Covid-19 et/ou avez-vous présenté des symptômes suspects (cf questionnaire précédent) ?						



Document développé par le groupe de travail Inovie Fertilité