

QUESTIONNAIRE DE PRÉPARATION D'UN DOSSIER EN VUE D'UN DIAGNOSTIC PRÉIMPLANTATOIRE (DPI)

A retourner : Sur la plateforme Elixir

Ou à : Secrétariat du Diagnostic Préimplantatoire
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Site du CMCO
1 Place de L'Hôpital BP426- 67091 STRASBOURG Cedex

Téléphone : 03.69.55.34.21

Fax : 03.69.55.34.22

Email : DPI@chru-strasbourg.fr

I RENSEIGNEMENTS

Madame Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :
Date de naissance : Profession : ☎ Portable :
E-mail : Si déjà mariée auparavant : Divorcée Procédure en cours

Monsieur Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :
Date de naissance : Profession : ☎ Portable :
E-mail : Si déjà marié auparavant : Divorcé Procédure en cours

Coordonnées Adresse : ☎ Domicile :
Code Postal : Ville :

- **Votre situation** : mariés, pacsés ou en concubinage, depuis :
- **Depuis quand êtes-vous en couple ?** **Depuis quand avez-vous un projet parental ?**
- **Êtes-vous apparentés ?** (cousins germains, cousins éloignés,...) Oui Non Si oui, précisez :
- **Quelle est la maladie génétique ?**
- **Qui est porteur de l'anomalie génétique ?** Madame Un apparenté de Madame Précisez :
 Monsieur Un apparenté de Monsieur Précisez :
- **Quels sont vos médecins référents ?** (Indiquez leur nom et prénom)
 - Généticien : Adresse :
 - Gynécologue : Adresse :
 - Autres (précisez la spécialité et l'adresse) :
- **Avez-vous contacté d'autres centres de DPI ?** Non Paris Montpellier Nantes Grenoble Autres :

II VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Avez-vous déjà bénéficié d'examens pour infertilité ? Oui Non
- Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge dans un service d'Assistance Médicale à la Procréation ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser (examens, traitements, résultats et médecin/centre) et nous transmettre les documents associés (compte-rendu de tentative en particulier) :

Madame : • Antécédents médicaux, maladies et âge au diagnostic (ou année) :

• Analyses génétiques effectuées et résultats :

Votre taille : Votre poids : Contraception : Non Oui, précisez :

Consommation de tabac ou autres toxiques : Non Oui, précisez le type et quantité par jour, semaine ou mois :

Suivi médical / traitements / médicaments :

Monsieur : • Antécédents médicaux, maladies et âge au diagnostic (ou année) :

• Analyses génétiques effectuées et résultats :

Votre taille : Votre poids :

Consommation de tabac ou autres toxiques : Non Oui, précisez le type et quantité par jour, semaine ou mois :

Suivi médical / traitements / médicaments :

III VOTRE FAMILLE

1 Vos enfants (préciser si enfant issu d'une précédente union : enfants de Madame ou Monsieur ?) Sans enfant

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Remarques : - Diagnostic prénatal durant la grossesse : raisons et résultats ? - Analyses génétiques après la naissance : résultats ? - Maladies ? Traitements ? Décès (cause et âge / date) ?...

2 Autres grossesses / Fausses-couches (préciser si grossesse d'une précédente union de Madame ou Monsieur) Pas de grossesse

Mois / Année	Issue de la grossesse : - Fausse-couche / Interruption médicale - Interruption volontaire	Terme à la fin de la grossesse	Remarques : - Diagnostic prénatal durant la grossesse : raisons et résultats ? - Analyses génétiques : résultats ? - Autre ?

IV LA FAMILLE DE MONSIEUR**1 Les frères et sœurs de Monsieur** (indiquer les ½ sœurs ou ½ frères en précisant le parent en commun) Pas de frère ni de sœur

Nom de naissance + Nom marital	Prénom	Date de naissance + Si décès : date/âge/cause	Sexe	Maladies / cancer Analyses génétiques et résultats	Enfants (prénoms ou nombre) : - Maladies, analyses génétiques et résultats Fausses-couches, interruptions de grossesse

2 Les parents de Monsieur

	Nom de naissance + Nom d'usage	Prénom	Date de naissance + Si décès : date/âge/cause	Maladies / cancer Analyses génétiques et résultats	Fausses-couches ? Autre ?
Père					
Mère					

3 Famille paternelle de Monsieur

Nombre de frères de votre père :

Nombre de sœurs de votre père :

- Maladies / cancer / analyses génétiques chez des frères ou sœurs ? Précisez et indiquez le prénom :

.....

4 Famille maternelle de Monsieur

Nombre de frères de votre mère :

Nombre de sœurs de votre mère :

- Maladies / cancer / analyses génétiques chez des frères ou sœurs ? Précisez et indiquez le prénom :

.....

5 Les grands-parents de Monsieur

	Nom	Prénom	Date de naissance ou âge + Si décès : date/âge/cause	Maladies / cancer Analyses génétiques et résultats
Grand-père paternel				
Grand-mère paternelle				
Grand-père maternel				
Grand-mère maternelle				

V LA FAMILLE DE MADAME

1 Les frères et sœurs de Madame (indiquer les ½ sœurs ou ½ frères et préciser le parent en commun)

Pas de frère ni de sœur

Nom de naissance + Nom d'usage	Prénom	Date de naissance + Si décès : date/âge/cause	Sexe	Maladies / cancer Analyses génétiques et résultats	Enfants (nombre + prénom) : - Maladies, analyses génétiques et résultats Fausses-couches, interruptions de grossesse

2 Les parents de Madame

	Nom de naissance + Nom d'usage	Prénom	Date de naissance + Si décès : date/âge/cause	Maladies / cancer Analyses génétiques et résultats	Fausses-couches ? Autre ?
Père					
Mère					

3 Famille paternelle de Madame

Nombre de frères de votre père :

Nombre de sœurs de votre père :

- Maladies / cancer, et/ou analyses génétiques chez des frères ou sœurs ? Précisez et indiquez le prénom :

4 Famille maternelle de Madame

Nombre de frères de votre mère :

Nombre de sœurs de votre mère :

- Maladies / cancer, et/ou analyses génétiques chez des frères ou sœurs ? Précisez et indiquez le prénom :

5 Les grands-parents de Madame

	Nom	Prénom	Date de naissance ou âge + Si décès : date/âge/cause	Maladies / cancer Analyses génétiques et résultats
Grand-père paternel				
Grand-mère paternelle				
Grand-père maternel				
Grand-mère maternelle				

VI LA FAMILLE ÉLOIGNÉE

Existe-t-il d'autres maladies graves dans votre famille ? NON OUI

Si OUI, indiquez pour chacun : lien de parenté, nom, prénom, âge actuel, la maladie (+ âge au diagnostic) et résultats des analyses génétiques si réalisées :

.....

.....

.....

.....

VII VOS COMMENTAIRES

.....

.....

.....

Questionnaire rempli le : .. / .. /

MERCI POUR VOTRE COOPÉRATION