

ENQUETE COMPLEMENTAIRE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE GALACTOSEMIE

Date de recueil : _____ / _____ / _____

Merci d'avoir accepté de remplir ce questionnaire,.

Ceci est un complément du premier questionnaire mis en place, afin de compléter et de finaliser notre travail.

Si vous êtes un homme ou une femme atteint de Galactosémie, vous avez des encadrés différents à remplir.

▪ Nom : _____ ▪ Prénom : _____
▪ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Initiales du patient(*deux premières lettres du nom et du prénom*) : _____ / _____

ENQUETE COMPLEMENTAIRE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE GALACTOSEMIE

Date de recueil : _____ / _____ / _____

A remplir par ceux qui étaient pré pubères lors du premier questionnaire :

▪ **Si vous êtes une femme atteinte de Galactosémie**, complétez ci-dessous :

- Taille : _____ poids : _____
- Age de début du développement des seins : _____ ans _____ mois
- Age des premières règles : _____ ans _____ mois
- Les règles sont-elles apparues spontanément ou avec l'aide d'un traitement :
 sans traitement avec traitement
- Vos cycles sont-ils réguliers ? oui non
Prenez vous un traitement pour régulariser vos règles ? oui non
Lequel(s) : _____
- A-t-on réalisé une cryopréservation ovarienne :
 oui non Si oui, à quel âge : _____

▪ **Si vous êtes un homme atteint de Galactosémie**, complétez ci-dessous :

- Taille : _____ poids : _____
- Avez-vous eu recours à une intervention chirurgicale de descente testiculaire ?
 oui non
- Si oui,
 gauche droite
- Age des premiers signes de la puberté : _____ ans _____ mois

Initiales du patient (deux premières lettres du nom et du prénom) : _____ / _____

▪ **Si vous êtes une femme atteinte de Galactosémie, complétez ci-dessous, sinon, passez à la page suivante :**

▪ Avez-vous des enfants ? oui non

Si vous avez un ou des enfant(s) :

Combien d'enfant(s) ? _____

Précisez la ou les années de naissance : _____

- La ou les grossesses ont-elles été spontanées ? oui non Si oui, combien : _____
- Quel a été le délai de la ou les conception(s) : <6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans
 > 2 ans.
- Avez-vous fait des fausses couches ? oui non Si oui, combien ? _____
- Avez-vous eu recours à un traitement pour être enceinte ? oui non
Si oui, de quel type ? _____
- Avez-vous eu recours à une fécondation in vitro ? oui non
Nombre de tentatives : _____ Nombre de succès : _____
- Avez-vous eu recours à un don d'ovocytes ? oui non
Nombre de tentatives : _____ Nombre de succès : _____

Si vous n'avez pas d'enfant(s) :

- Avez-vous déjà tenté une grossesse ? oui non Si oui, répondez aux question suivantes :
- Quel a été le délai pendant lequel pour avez tenté d'être enceinte sans traitement ?
 <6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans > 2 ans
- Avez-vous fait des fausses couches ? oui non Si oui, combien ? _____
- Avez-vous eu recours à une stimulation hormonale ? oui non
Si oui, de quel type ? _____
- Avez-vous eu recours à une fécondation in vitro ? oui non
Nombre de tentatives : _____ Nombre de succès : _____
- Avez-vous eu recours à un don d'ovocytes ? oui non
Nombre de tentatives : _____ Nombre de succès : _____

- Age de votre compagnon : _____
- Votre compagnon a-t-il suivi un traitement particulier pour des problèmes de fertilité ?
 oui non Si oui, précisez quel(s)traitement(s) : _____
- Votre compagnon a-t-il des problèmes de santé : oui non Si oui , lesquels : _____
- Votre compagnon a-t-il déjà eu des enfants d'une union précédente? oui non
Si oui, nombre d'enfants : _____

Initiales du patient(deux premières lettres du nom et du prénom) : _____ / _____

▪ **Si vous êtes un homme atteint de Galactosémie, complétez ci-dessous**

- Avez-vous des enfants ? oui non

Si vous avez un ou des enfant(s) :

Combien d'enfant(s) ? _____

Précisez la ou les années de naissance : _____

- Quel a été le délai de la ou les conception(s): <6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans > 2 ans
- Avez-vous un problème de fertilité identifié ? oui non
Si oui, précisez lequel : _____
- Avez pris un traitement particulier pour des problèmes de fertilité ? oui non
Si oui, précisez quel(s) traitement(s) : _____

Si vous n'avez pas d'enfant(s) :

- Avez-vous déjà tenté de concevoir un enfant oui non
Si oui, répondez aux question suivantes :
- Quel a été le délai pendant lequel vous avez tenté de concevoir un enfant ?
 <6 mois 6 à 12 mois 1 à 2 ans > 2 ans
- Avez-vous un problème de fertilité identifié ? oui non
Si oui, précisez lequel : _____
- Avez pris un traitement particulier pour des problèmes de fertilité ? oui non
Si oui, précisez quel(s) traitement(s) : _____

- Age de votre compagne : _____
- Votre compagne a-t-elle suivi un traitement particulier pour des problèmes de fertilité ? oui non
Si oui, précisez quel(s) traitement(s) : _____
- Votre compagne a-t-elle eu recours à une fécondation in vitro ? oui non
Nombre de tentatives : _____ Nombre de succès : _____
- Votre compagne a-t-elle des problèmes de santé ? oui non Si oui , lesquels : _____
- Votre compagne a-t-elle déjà eu des enfants d'une union précédente ? oui non
Si oui, nombre d'enfants : _____

Initiales du patient(deux premières lettres du nom et du prénom) : _____ / _____

Initiales du patient(*deux premières lettres du nom et du prénom*) : ____ ____ / ____ ____