



# QUESTIONNAIRE MEDICAL ACCOMPAGNANT UN TEST DE HUHNER

PRE ENR 002

Nom du biologiste : .....

Patiente :

Nom : .....

Prénom: .....

Age: .....

Conjoint :

Nom: .....

Prénom: .....

Age: .....

Spermogramme déjà réalisé ?

OUI

NON

Nombre d'enfants : .....

Nombre d'enfants avec le mari ou le conjoint actuel : .....

Nombre d'enfants du mari ou du conjoint actuel : .....

Date des dernières règles : .....

Durée habituelle du cycle : .....

Jour du cycle : .....

Température le matin du test : .....

Nombre d'heures après le rapport : .....

Traitement : .....

Evaluation de la glaire :

Abondance :  
Minime  
En goutte  
En cascade

Ouverture du col :

Ponctuelle  
Perméable  
Béant

Rédacteur : <b>CIGAN ALIX</b>	Valideur: SIMON Carole	Approbateur MASSONI Sophie	Version N° <b>5</b>	Pages :1/1	Mise à jour le <b>2016-06-07</b>
----------------------------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------	------------	-------------------------------------