

RCP nationale Infertilités Masculines Rares (IMR)

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

MEDECIN

Question	Réponse
Médecin prescripteur <i>Texte libre</i>	
Médecin correspondant <i>Texte libre</i>	
Date et coordinateur de la séance : <i>Texte libre</i>	

Antécédents familiaux

Question	Réponse
Consanguinité <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Préciser les cas d'infertilité masculine dans la famille : <i>Texte libre</i>	

Résultats du bilan biologique

Question	Réponse
Testostérone : <i>Texte court</i>	
Caryotype : <i>Texte court</i>	

FSH : <i>Texte court</i>	
LH : <i>Texte court</i>	
AMH : <i>Texte court</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Inhibine B : <i>Texte court</i>	
Testostérone biodisponible : <i>Texte court</i>	

Paramètres spermatiques

Question	Réponse
<i>InformationalNote</i>	
Compte spermatique : <i>Texte court</i>	
Asthéno/Tératospermie : <i>Texte court</i>	
Alpha-glucosidase dans le sperme : <i>Texte court</i>	
Fructose dans le sperme : <i>Texte court</i>	
PH : <i>Texte court</i>	
Volume spermatique : <i>Texte court</i>	

Résultats des examens clinique et paraclinique

Question	Réponse
<i>InformationalNote</i>	

Volume testiculaire : <i>Texte court</i>	
Résultat de la Biopsie : <i>Texte court</i>	
<i>Informational</i> Note	
Présence des vésicules séminales ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Antécédents de cryptorchidie / testicules non descendus opérés ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Présence des canaux déférents ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Présence d'une varicocèle ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Présence ou antécédents d'hypospade ou autres variations du développement génital ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Présence d'une gynécomastie ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Précisez le gène, le variant identifié, l'état hétérozygote / homozygote : <i>Texte libre</i>	
Si Oui <i>Texte court</i>	

Antécédents familiaux d'hypospade ou cryptorchidie ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui <i>Texte court</i>	
Présence d'une agénésie rénale ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Résultats analyses génétiques déjà réalisées : <i>Texte libre</i>	
Question(s) posée(s) : <i>Texte libre</i>	

Avis de la RCP

Question	Réponse
Avis demandé : <i>Choix unique</i>	☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre
Si Autre : <i>Texte court</i>	
Niveau d'urgence : <i>Texte libre</i>	
Diagnostic retenu : <i>Texte libre</i>	
Propositions de prises en charges : <i>Texte libre</i>	
Demande de suivi du patient : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non

Si Oui , délai : <i>Texte court</i>	
<i>Informational/Note</i>	
Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l'avis de la RCP : <i>Texte libre</i>	
Proposition essai clinique : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui: <i>Texte court</i>	