



## **QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA FERTILITA' MASCHILE DEL DR. LUIGI GALLO**

*Gentile paziente, il presente questionario è di grande utilità per la diagnosi di potenziali cause di infertilità. Le consigliamo, nel suo interesse, di rispondere alle domande nella maniera più onesta e sincera possibile.*

*Nel caso in cui abbia intenzione di fissare un appuntamento con il Dr Gallo, la preghiamo vivamente di recarsi a visita, previa prenotazione telefonica, con il questionario stampato e compilato. Grazie a questa piccola accortezza faciliterà di molto il lavoro del dottore. Grazie per la collaborazione.*

### **Informazioni generali**

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Nome della compagna \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

### **Anamnesi della fertilità**

Da quanti mesi sta tentando di ottenere una gravidanza con l' attuale compagna?: \_\_\_\_\_

E' mai riuscito ad ottenere una gravidanza con l' attuale compagna in passato?: \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa indicare il modo del conseguimento (rapporto naturale, IIU, FIV etc.) la data e il risultato di tale/i gravidanza/e:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Da quanti mesi vive insieme alla sua compagna?: \_\_\_\_\_

Usavate metodi anticoncezionali prima di cercare di ottenere una gravidanza?:  **Si**  **No**

Quali metodi usavate?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha mai avuto gravidanze con un' altra donna?  **Si**  **No**

Se si, riporti il risultato di tali gravidanze:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Quanti anni ha la sua compagna?: \_\_\_\_\_

E' stata ella mai sottoposta a valutazione del suo stato di fertilità?:  **Si**  **No**

La sua ovulazione avviene regolarmente con ritmo mensile?:

### Anamnesi patologica remota

E' stato mai affetto da una delle seguenti patologie?:

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Età alla diagnosi</b>
Allergie a farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie intestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cambiamenti dell'aspetto fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Disordini della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Discopatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemi cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frequenti dolori addominali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemi epatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie del sistema nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie della pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie del midollo spinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulcere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ha assunto farmaci in maniera continua? **Si**  **No**

Se si, indicare il farmaco e la dose: \_\_\_\_\_

Ha assunto antibiotici negli ultimi tre mesi? **Si**  **No**

Se si, indicare l' antibiotico e la dose: \_\_\_\_\_

**Ha mai assunto nella sua vita uno dei seguenti farmaci?:**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
➤ Allopurinolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Antipertensivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Antiparassitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Antipsicotici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Barbiturici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Chemioterapici antitumorali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ipolipemizzanti orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Clomifene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Iniezioni di hCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ormoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Immunosoppressori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Cimetidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Tranquillanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ranitidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Aciclovir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Anamnesi urologica

**Ha mai avuto una delle seguenti infezioni?:**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
➤ Prostatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Epididimite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Infezione del testicolo (orchite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Malattie veneree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Uretrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sifilide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Infezioni urinarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ha mai notato uno dei seguenti segni-sintomi?**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
Sangue nello sperma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore dopo l' eiaculazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore o fastidio ai testicoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febbre (>38°) per più di un giorno negli scorsi tre mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai contratto la tubercolosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si, le ha causato dolore al testicolo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Anamnesi chirurgica

Ha mai subito interventi chirurgici? **Si** **No**

Li elenchi per favore includendo anche la data:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

Le hanno mai detto che i suoi testicoli non erano discesi bene nello scroto? **Si** **No**

E' stato mai sottoposto ad un intervento chirurgico per portare i testicoli nello scroto? **Si** **No**

### Profilo ormonale:

Possiede la capacità di sentire gli odori? **Si** **No**

Ha mai avuto frequenti mal di testa? **Si** **No**

Ha subito un cambiamento della vista di recente? **Si** **No**

Ha avuto un calo di energia fisica recentemente? **Si** **No**

La sua peluria pubica ed ascellare si è sviluppata allo stesso tempo rispetto ai suoi coetanei? **Si** **No**

In caso negativo, a che età è andato incontro alla pubertà? \_\_\_\_\_

Ha più o meno peli sul petto rispetto ai suoi familiari maschi? \_\_\_\_\_

### Vita sociale

E' solito fare bagni caldi, Jacuzzi e/o cure termali? **Si** **No**

Fuma? **Si** **No**

Quante sigarette al giorno? \_\_\_\_\_

Ha mai fumato marijuana? **Si** **No**

Consuma alcolici? **Si** **No**

Come giudica il suo consumo di bevande alcoliche?: **Lieve** **Moderato** **Eccessivo**

Quanti caffè al giorno prende? \_\_\_\_\_ **Si** **No**

Fa uso attualmente o lo ha fatto in passato di sostanze stupefacenti? **Si** **No**

Se si quali? \_\_\_\_\_

Che lavoro fa? \_\_\_\_\_

E' mai stato sottoposto al contatto con tossine, veleni, pesticidi, radiazioni, coloranti o solventi? **Si** **No**

Se si, indichi la sostanza con cui è stato a contatto: \_\_\_\_\_

### Anamnesi sessuologica

Come giudica il suo desiderio sessuale?: **Assente** **Lieve** **Moderato** **Intenso**

Quante volte a settimana eiacula?: \_\_\_\_\_

Quante volte alla settimana si masturba? \_\_\_\_\_

Eiacula durante i rapporti sessuali? **Si** **No**

Eiacula all' interno della vagina della sua compagna? **Si** **No**

Le è mai capitato di non raggiungere una erezione sufficiente alla penetrazione? **Si** **No**

Le è mai capitato di eiaculare con il pene floscio? **Si** **No**

Le è mai capitato di eiaculare prima di penetrare la vagina della sua compagna? **Si** **No**

Alla sua compagna è mai capitato di avere dolore durante i rapporti? **Si** **No**

Ha mai avuto difficoltà a penetrare perché la vagina della sua compagna era stretta? **Si** **No**

Usa lubrificanti (incluso la saliva) durante i rapporti sessuali? **Si** **No**

Se si, quali?: \_\_\_\_\_

