

Annexe 2

A compléter avant le 1er cycle- A remettre au
Laboratoire d'AMP Cerballiance, Pavillon de la Maternité, 44 avenue MARX DORMOY 59000 LILLE
Ou à renvoyer par mail : secretariatamp.hdf@cerballiance.fr A remettre au Laboratoire d'AMP



FICHE INSEMINATION
ZONE A COMPLETER AVANT LA 1^{ère} INSEMINATION

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE/LA FEMME NON MARIEE	
FEMME recevant l'insémination : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____	CONJOINT(E) SI COUPLE : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
ACCORD DU COUPLE/DE LA FEMME NON MARIEE POUR LA TRANSMISSION DES DONNEES NOMINATIVE* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>*Voir la note de l'Agence de la BioMédecine à ce sujet. Cet accord est valable pour tous les cycles d'inséminations.</i>	

SPERMOGRAMME DE BILAN : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT UNE 1 ^{ère} INSEMINATION	
Volume (ml) : <u> </u> <u> </u> , <u> </u>	
Concentration (M/ml ; 0,000) : <u> </u> <u> </u> <u> </u> , <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
Vitalité (%) <u> </u> <u> </u>	
Progressive A + B (%) : <u> </u> <u> </u>	Mobilité totale (%) : <u> </u> <u> </u>
Formes typiques (%) : <u> </u> <u> </u>	Norme : <input type="checkbox"/> Kruger (OMS) <input type="checkbox"/> David <input type="checkbox"/> ND

BILAN D'INFECONDITE : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT UNE 1 ^{ère} INSEMINATION	
Année de début d'infécondité à la 1 ^{ère} prise en charge en AMP du couple pour ce projet parental : <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
Nombre de grossesses de la FEMME : <u> </u> <u> </u>	Si > 0, nombre d'enfants de la FEMME : <u> </u> <u> </u>
Nombre d'inséminations antérieures pour ce projet d'enfant : <u> </u> <u> </u>	
Indication concernant le COUPLE :	Inexpliquée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Echec de FIV intraconjugale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Indication FEMININE (plusieurs indications possibles)	Cervicale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Tubaire <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Endométriose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dysovulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Indication MASCULINE (plusieurs indications possibles)	OATS <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Génétique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

FICHE INSEMINATION ZONE A COMPLETER POUR CHAQUE INSEMINATION

Cycle – Tentative

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE/LA FEMME NON MARIEE

FEMME recevant l'insémination :

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

CONJOINT(E) SI COUPLE :

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

ORIGINE DU SPERME : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION

 Intraconjugale Frais
 Congelé (*indiquer le motif de l'autoconservation uniquement en cas d'utilisation de sperme congelé*)
 Traitement stérilisant Vasectomie Echec, difficulté de recueil Autre
 Don de sperme : indiquer la technique Intra Utérine Intra Cervicale

MONITORAGE : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION

Stimulation (du cycle actuel) :
 Cycle stimulé gonadotrophines anti-œstrogènes analogue de la GnRH **HORS DÉCLENCHEMENT**
 Cycle naturel (Cycle avec ou sans déclenchement mais **SANS utilisation de gonadotrophines ou analogue du GnRH.**)

Date de l'échographie : ___ / ___ / _____

Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Insémination : Date de l'insémination : ___ / ___ / _____ Nb spzs mobiles inséminés ,
Vérification de l'identité de la personne retirant la préparation : (nom du vérificateur)
 Carte d'identité Passeport Permis de conduire Carte de séjour

Nom de la personne retirant la préparation : Heure de reprise

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN EFFECTUANT L'INSÉMINATION

Vérification de l'identité de la patiente recevant l'insémination : (nom du vérificateur)
 Carte d'identité Passeport Permis de conduire Carte de séjour

Heure de l'insémination :

Annexe 2

A compléter lors de chaque cycle- A remettre au :
Laboratoire d'AMP Cerballiance, Pavillon de la Maternité, 44 avenue MARX DORMOY 59000 LILLE
Ou à renvoyer par mail : secretariatamp.hdf@cerballiance.fr Laboratoire d'AMP

FICHE INSEMINATION
ZONE A COMPLETER APRES CHAQUE INSEMINATION

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE/LA FEMME NON MARIEE

FEMME recevant l'insémination :	CONJOINT(E) SI COUPLE :
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Nom d'usage : _____	Nom d'usage : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / _____	Date de naissance : ____ / ____ / _____

Date de l'insémination : ____ / ____ / _____

BILAN DE LA GROSSESSE AVANT 12 SA - A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Grossesse débutante (hCG>100 UI) :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue après le début du cycle
Grossesse avec activité cardiaque* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue après le diagnostic d'une grossesse débutante <small>*présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec activité cardiaque à l'échographie entre 4 et 6 semaines</small>
Réduction embryonnaire sélective :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>pour grossesse multiple hors du cadre de l'IMG sélective pour pathologie fœtale.</i>
FCS complète avant 12 SA	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sait pas
GEU :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (GEU documentée SANS grossesse intra-utérine associée) <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Interruption médicale de grossesse avant 12 SA :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (cause)
Interruption volontaire de grossesse :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Grossesse molaire :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

BILAN DE LA GROSSESSE ENTRE 12 ET 40 SA - A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Grossesse évolutive ≥ 12 SA :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue
IMG sélective dans le cadre d'une grossesse multiple pour pathologie fœtale:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Accouchement ≥ 22 SA ou ≥ 500g	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue
	Si non : <input type="checkbox"/> FCS complète spontanée après 12 SA <input type="checkbox"/> IMG de 12 à 21 SA (cause <input type="checkbox"/> IMG ≥ 22 SA (cause <input type="checkbox"/> Perdue de vue
Date de fin de grossesse ou d'accouchement :	____ / ____ / _____
Nombre d'enfants nés :	() ()

Enfant n°1: ne pas renseigner en cas d'IMG ≥ 22 SA complète

Enfant né vivant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Taille Poids Anomalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
--	---

Enfant n°2: ne pas renseigner en cas d'IMG ≥ 22 SA complète

Enfant né vivant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Taille Poids..... Anomalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
--	--

Enfant n°3: ne pas renseigner en cas d'IMG ≥ 22 SA complète

Enfant né vivant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Taille Poids..... Anomalie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
--	--