

CETTE FEUILLE DE LIAISON CLINICO-BIOLOGIQUE EST A REMETTRE A LA PATIENTE / AU COUPLE AVANT L'ENTRETIEN AVEC LE BIOLOGISTE ET NE SE SUBSTITUE PAS A LA FICHE « IA » DE L'ABM
LA NON-COMPLETUDE DU DOSSIER ENTRAINE DE FACTO, UNE ANNULATION DE L'INSEMINATION.

INFORMATIONS RELATIVES AU PRESCRIPTEUR

Docteur

Cachet du Médecin

➤ **INFORMATIONS RELATIVES AU COUPLE/ A LA PATIENTE NON MARIEE**

Patiente ayant vocation à porter l'enfant (patiente)

Nom
 Nom de naissance (si concernée)
 Prénom
 Née le

Conjoint(e) pour les couples

Nom
 Nom de naissance (si concernée)
 Prénom
 Né(e) le

➤ **INDICATIONS :**

Le référentiel de prise en charge du centre AMP Cerballiance-HPLB permet une prise en charge sans concertation clinico-biologique du dossier dans le cas où tous les items sont cochés « OUI » ; si un item est coché « NON », alors il convient de se rapprocher du biologiste du centre, avant l'entretien avec le biologiste

- non oui Age de la patiente < 40 ans
- non oui Réserve ovarienne de la patiente normale ou peu altérée (CFA>8 et/ou AMH >1.5 ng)
- non oui Age du conjoint/de la conjointe < 60 ans à la première demande dans le centre
- non oui Vie commune ou marié ou pacsés
- non oui Absence de problèmes psychologiques ou sociaux majeurs
- non oui Absence de pathologie médicale sévère chez la patiente ou son(sa) conjoint(e) pour les couples
- non oui Absence de risque viral chez l'un des membre du couple ou la femme non mariée

* si pathologie sévère, merci de nous communiquer un courrier récent du médecin spécialiste concerné approuvant la prise en charge en AMP

➤ **EXAMENS A REALISER AVANT RECOURS AUX IIU**

→ **EXAMENS COMPLEMENTAIRES RELATIFS A LA PATIENTE**

EVALUATION DES RESERVES OVARIENNES (ECHOGRAPHIQUE ET/OU HORMONALE)

Comptage Droit Comptage gauche Le

FSHmUI/ml Le

Estradiolpg/ml ou nmol/l Le

AMHng/ml ou pmol/l Le

EVALUATION DE L'ETAT TUBAIRE

PAR HYSTEROSALPINGOGRAPHIE Normale Le

PAR COELIOSCOPIE Anormale Si anormale, préciser

SEROLOGIES DE MADAME VALIDES* 1

→ **EXAMENS COMPLEMENTAIRES RELATIFS AU(A LA) CONJOINT(E)**

- SEROLOGIES DE VALIDES* 1**
- TEST DE SURVIE > 1M DE SPERMATOZOÏDES DE MOBILITE NORMALE disponibles < 6mois 1** Le
- SPERMOCULTURE NEGATIVE < 6 mois 1** (Si besoin, réaliser un contrôle après traitement) Le

* < 6 mois pour la 1^{ère} tentative [VIH, l'HEPATITE C (Ac HCV), et les 3 marqueurs de l'HEPATITE B (Ag HBs, Ac HBs, Ac HBc)].

¹ Merci de rappeler à la patiente/au couple de ramener l'ensemble des documents listés sur le document d'information avant 1^{ère} IIU pour l'entretien avec le biologiste