

➤ **INFORMATIONS RELATIVES AU PRESCRIPTEUR**

Docteur.....

Cachet du Médecin

➤ **INFORMATIONS RELATIVES AU COUPLE**

Monsieur

Madame.....

Prénom

Nom de jeune fille

Né le

Prénom

Née le

➤ **INDICATIONS :**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inexpliquée
OU / ET <input type="checkbox"/> Féminine
<input type="checkbox"/> Masculine | <input type="checkbox"/> Primaire
<input type="checkbox"/> Secondaire
Ancienneté |
|---|--|

Remarques

➤ **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

AMH.....ng/ml ou pmol/l Le

EVALUATION DE L'ETAT TUBAIRE

- PAR HYSTEROSALPINGOGRAPHIE
- PAR COELIOSCOPIE

Normale Le

Anormale Si anormale, préciser

SEROLOGIES DE MADAME VALIDES*¹

→ **EXAMENS COMPLEMENTAIRES RELATIFS AU PATIENT**

SEROLOGIES DE MONSIEUR VALIDES*¹

- TEST DE SURVIE > 1.000.000 SPERMATOZOÏDES DE MOBILITE NORMALE disponibles¹** Le
- SPERMOCULTURE NEGATIVE < 6 mois¹** (Si besoin, réaliser un contrôle après traitement) Le

* < 3 mois pour la 1^{ère} tentative, < 12 mois pour les tentatives suivantes. Comprend le VIH, l'HEPATITE C (Ac HCV), la SYPHILIS, les 3 marqueurs de l'HEPATITE B (Ag HBs, Ac HBs, Ac Hbc). **Ne peuvent pris en charge que les patients ne présentant pas de risque viral ni de syphilis active**

¹ Prière de rappeler au couple de ramener les copies relatives à leur situation maritale, des résultats du spermogramme avec TMS, de la spermoculture de moins de 6 mois, et des sérologies de MOINS DE 3 MOIS, la non-complétude du dossier entraînant *de facto*, une annulation de l'insémination.