

**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, 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 >2ng)
- 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

\* 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 .....

FSH .....mUI/ml    Le .....

Estradiol .....pg/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(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 .....

\* < 3 mois pour la 1<sup>ère</sup> tentative [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**

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