

Annexe 2

Fiche d'aide à la saisie
A compléter avant le 1er cycle- A remettre au **Laboratoire d'AMP**

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

| IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE | |
|---|--|
| HOMME : Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____ | FEMME : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____ |
| ACCORD DU COUPLE 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) : _____ | |
| Concentration (M/ml ; 0,000) : _____ | |
| Vitalité (%) _____ | |
| Progressive A + B (%) : _____ | Mobilité totale (%) : _____ |
| Formes typiques (%) : _____ | 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 : _____ | |
| Nombre de grossesses de la FEMME : _____ | Si > 0, nombre d'enfants de la FEMME : _____ |
| Nombre d'inséminations antérieures pour ce projet d'enfant : _____ | |
| 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 |

Annexe 2

Fiche d'aide à la saisie
A compléter lors de chaque cycle-A renvoyer à :
Laboratoire d'AMP Cerballiance, 17 rue de la Digue, 59000 LILLE

FICHE INSEMINATION
ZONE A COMPLETER POUR CHAQUE INSEMINATION

Cycle – Tentative

| IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE | |
|--|---|
| HOMME : Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ | FEMME : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ |

| ORIGINE DU SPERME : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION |
|---|
| Origine du sperme : <input type="checkbox"/> Intraconjugale <input type="checkbox"/> Don de sperme |
| Si intraconjugal, indiquer l'état du sperme : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Congelé |
| Si utilisation de sperme congelé, motif de l'autoconservation (Ne renseigner qu'en cas d'utilisation de sperme congelé) |
| Traitement stérilisant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Vasectomie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Echec, difficulté de recueil : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Si don de sperme, indiquer la technique : <input type="checkbox"/> Intra Utérine <input type="checkbox"/> Intra Cervicale |

| MONITORAGE : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION |
|---|
| Stimulation (du cycle actuel) : Cycle naturel : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Cycle avec ou sans déclenchement mais SANS utilisation de gonadotrophines ou analogue du GnRH.) |
| Cycle stimulé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Les analogues de la GnRH concernent les agonistes ou les antagonistes, hors déclenchement) |
| Si oui, anti-œstrogènes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui gonadotrophines <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui analogue de la GnRH <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Date de l'échographie : ____ / ____ / ____ |
| Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm : <input type="text"/> <input type="text"/> |

| CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE |
|---|
| Insémination: Date de l'insémination : ____ / ____ / ____ Nb spzs mobiles inséminés <input type="text"/> , <input type="text"/> |
| Vérification de l'identité de la personne retirant la préparation : (nom du vérificateur) |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de séjour |
| Nom de la personne retirant la préparation: |

| CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN EFFECTUANT L'INSÉMINATION |
|---|
| Vérification de l'identité de la patiente : (nom du vérificateur) |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de séjour |
| Heure de l'insémination : |

FICHE INSEMINATION

ZONE A COMPLETER APRES CHAQUE INSEMINATION

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE

| | |
|--|---|
| HOMME : Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ | FEMME : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ 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 |
|--|--|