

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

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

Form with two columns: FEMME recevant l'insémination and CONJOINT(E) SI COUPLE. Fields include Nom de naissance, Nom d'usage, Prénom, and Date de naissance.

Date de l'insémination : ___ / ___ / ___

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

Form with multiple rows for medical history: Grossesse débutante, Grossesse avec activité cardiaque, Réduction embryonnaire sélective, FCS complète avant 12 SA, GEU, Interruption médicale de grossesse, Interruption volontaire de grossesse, Grossesse molaire.

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

Form with multiple rows for pregnancy outcomes: Grossesse évolutive ≥ 12 SA, IMG sélective dans le cadre d'une grossesse multiple pour pathologie fœtale, Accouchement ≥ 22 SA ou ≥ 500g, 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

Form for child 1: Enfant né vivant (Non/Oui), Taille, Poids, Anomalie (Non/Oui).

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

Form for child 2: Enfant né vivant (Non/Oui), Taille, Poids, Anomalie (Non/Oui).

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

Form for child 3: Enfant né vivant (Non/Oui), Taille, Poids, Anomalie (Non/Oui).