

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 DONNÉES 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

A compléter lors de chaque cycle-A renvoyer à :
Laboratoire d'AMP Cerballiance, 17 rue de la Digue, 59000 LILLE ou par mail :
secretariatamp.hdf@cerballiance.fr

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	
<input type="checkbox"/> Intraconjugale <input type="checkbox"/> Congelé (<i>indiquer le motif de l'autoconservation <u>uniquement en cas d'utilisation de sperme congelé</u></i>) <input type="checkbox"/> Don de sperme : indiquer la technique	<input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Traitement stérilisant <input type="checkbox"/> Vasectomie <input type="checkbox"/> Echec, difficulté de recueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Intra Utérine <input type="checkbox"/> Intra Cervicale

MONITORAGE : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION	
Stimulation (du cycle actuel) :	
<input type="checkbox"/> Cycle stimulé <input type="checkbox"/> Cycle naturel (Cycle avec ou sans déclenchement mais SANS utilisation de gonadotrophines ou analogue du GnRH.)	<input type="checkbox"/> gonadotrophines <input type="checkbox"/> anti-œstrogènes <input type="checkbox"/> analogue de la GnRH HORS DÉCLENCHEMENT
Date de l'échographie : ____ / ____ / ____	
Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm : <input type="text"/> <input type="text"/>	

<u>CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE</u>	
Insémination : Date de l'insémination : ____ / ____ / ____ Nb spzs mobiles inséminés <input type="text"/> <input type="text"/> , <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 : Heure de reprise	

<u>CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN EFFECTUANT L'INSÉMINATION</u>	
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 :	

Annexe 2

A compléter lors de chaque cycle-A renvoyer à :
Laboratoire d'AMP Cerballiance, 17 rue de la Digue, 59000 LILLE ou par mail :
secretariatamp.hdf@cerballiance.fr

FICHE INSEMINATION
ZONE A COMPLETER APRES CHAQUE INSEMINATION

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE

Form with columns for HOMME and FEMME, including fields for Nom de naissance, Prénom, and Date de naissance.

Date de l'insémination : ___ / ___ / _____

BILAN DE LA GROSSESSE AVANT 12 SA - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

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 - À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Form with 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 row for Enfant n°1: fields for Enfant né vivant, Taille, Poids, Anomalie.

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

Form row for Enfant n°2: fields for Enfant né vivant, Taille, Poids, Anomalie.

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

Form row for Enfant n°3: fields for Enfant né vivant, Taille, Poids, Anomalie.