

FICHE INSEMINATION
ZONE A COMPLETER POUR CHAQUE INSEMINATION

Cycle – Tentative

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE/LA FEMME NON MARIEE

FEMME recevant l'insémination :

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

CONJOINT(E) SI COUPLE :

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

ORIGINE DU SPERME : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION

- Intraconjugale Frais
- Congelé (*indiquer le motif de l'autoconservation uniquement en cas d'utilisation de sperme congelé*)
- Don de sperme
- Traitement stérilisant
- Vasectomie
- Echec, difficulté de recueil
- Autre

MONITORAGE : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION

Stimulation (du cycle actuel) :

- Cycle stimulé gonadotrophines
- anti-œstrogènes
- analogue de la GnRH **HORS DÉCLENCHEMENT**

Cycle naturel (Cycle avec ou sans déclenchement mais **SANS utilisation de gonadotrophines ou analogue du GnRH.**)

Date de l'échographie : ____/____/____

Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

Insémination : Date de l'insémination : ____/____/____ Nb spzs mobiles inséminés ,

Vérification de l'identité de la personne retirant la préparation : (nom du vérificateur)

Carte d'identité Passeport Permis de conduire Carte de séjour

Nom de la personne retirant la préparation : Heure de reprise

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN EFFECTUANT L'INSÉMINATION

Vérification de l'identité de la patiente recevant l'insémination: (nom du vérificateur)

Carte d'identité Passeport Permis de conduire Carte de séjour

Heure de l'insémination :

FICHE INSEMINATION
ZONE A COMPLETER APRES CHAQUE INSEMINATION

IDENTIFICATION : A REMPLIR PAR LE COUPLE/LA FEMME NON MARIEE

FEMME recevant l'insémination : Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____	CONJOINT(E) SI COUPLE : Nom de naissance : _____ 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
--	---