

Fiche de liaison clinico-biologique IIU

**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 ANNULLATION DE L'INSEMINATION.**

INFORMATIONS RELATIVES AU PRESCRIPTEUR

Docteur

Cachet du Médecin

➤ INFORMATIONS RELATIVES AU COUPLE/ A LA PATIENTE NON MARIEE

Femme inséminée

Nom de naissance.....

Prénom

Date de naissance.....

Conjoint(e)

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance.....

➤ INDICATIONS :

Le référentiel de prise en charge du centre 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
 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 MIGRATION-SURVIE > 1M DE SPERMATOZOÏDES À MOBILITE PROGRESSIVE < 6mois 1 Le

SPERMOCULTURE NEGATIVE < 6 mois 1 (Si besoin, réaliser un contrôle après traitement) Le

* < 3 mois pour la 1^{ère} tentative [VIH, l'HEPATITE C (Ac HCV), la SYPHILIS, les 3 marqueurs de l'HEPATITE B (Ag HBs, Ac HBs, Ac HBc). **Ne peuvent être pris en charge que les patients ne présentant pas de risque viral ni de syphilis active.**

¹ Merci de rappeler à la patiente/au couple d'apporter l'ensemble des documents listés sur le document d'information avant 1^{ère} IIU pour l'entretien avec le biologiste

Fiche de liaison clinico-biologique IIU

SPERMOGRAMME DE BILAN : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT UNE 1 ^{ère} INSEMINATION	
Volume (ml) :	_ _ _ , _ _
Concentration (M/ml ; 0,000) :	_ _ _ _ , _ _ _ _
Vitalité (%) :	_ _
Progressive A + B (%) :	_ _
Formes typiques (%) :	_ _
Mobilité totale (%) : _ _	
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