

**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**

- |                                                                                                                                              |                                     |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intraconjugale                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Frais      | <input type="checkbox"/> Traitement stérilisant       |
| <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"/> Vasectomie | <input type="checkbox"/> Echec, difficulté de recueil |
| <input type="checkbox"/> Don de sperme                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Autre      |                                                       |

**MONITORAGE : A REMPLIR PAR LE MEDECIN AVANT TOUTE INSEMINATION**

**Stimulation (du cycle actuel) :**

- |                                          |                                                                        |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cycle stimulé   | <input type="checkbox"/> gonadotrophines                               |
| <input type="checkbox"/> anti-œstrogènes | <input type="checkbox"/> analogue de la GnRH <b>HORS DÉCLENCHEMENT</b> |

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**

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