

BILAN DE RECEPTIVITE UTERINE (UTIMPRO)

Commande matériel supplémentaire (si nécessaire, envoi uniquement le mercredi)

ATTENTION : des données incomplètes entraînent un retard de traitement du prélèvement ou un défaut de personnalisation de la stratégie thérapeutique proposée suite à l'analyse

Joindre impérativement la copie des résultats négatifs des sérologies (VIH, hépatite B et C) de moins d'un an pour chaque envoi (afin de justifier du caractère non infectieux si l'enveloppe était ouverte par accident)

➤ Renseignements personnels

NOM (même nom sur tous les formulaires):.....Prénom :.....
 Date de Naissance :..... Téléphone :.....
 Mail :.....
 Adresse :.....
 Nom et email du médecin prescripteur :.....

➤ Renseignements cliniques

Date de la biopsie :..... Bilan initial ou Bilan sous thérapeutique*
 (* bilan de contrôle avec les recommandations de MatriceLab après un bilan initial)

1-Examen actuel :

Indication : Echecs d'Implantation FIV/ICSI intraconjugale Bilan avant FIV/ICSI
 FCS à répétition Bilan avant don d'ovocytes Echecs d'implantation FIV-DON

Durée des cycles :..... Jour du cycle :.....

Examen réalisé sous : Cycle naturel monitoré Cycle substitué Stimulation ovarienne

Si cycle naturel ou stimulé taux de progestérone 48h avant biopsie :

Si cycle substitué, nombre de jours d'administration du progestatif :

Si bilan sous thérapeutique* préciser le(s) traitement(s):

Scratching Corticoïdes 20mg Corticoïdes 15mg Corticoïdes 10mg Intralipides HBPM
 hCG lutéal

Autres traitements pris sur ce cycle (préciser la pathologie) :

Epaisseur de l'endomètre :.....

Index de pulsatilité artère utérine : - IP droite :..... -IP gauche :.....

2-Contexte clinique :

Début de l'infertilité :..... Infertilité Primaire Infertilité Secondaire

Nombre de FCS :..... Nombre d'enfants nés :..... IMG (préciser la cause) :

Etiologie de l'infertilité :

Dosage AMH (ng /ml) :

Type et Nombre de Tentatives déjà effectués :

IIU : FIV : ICSI : IMSI : FIV-DON : IIU-D : FIV-D :

Nombre d'embryons total remplacés : AMP intraconjugale à J2/J3 :..... à J5/J6 :.....
 AMP don de gamète/emb à J2/J3 :..... à J5/J6 :.....

Qualité morphologique des embryons TOP Moyenne à bonne Médiocre

3-Prochain traitement envisagé :

FIV/ICSI intraconjugale Transfert d'embryons issu de don (ovocytes ou don d'embryon)
 Transfert d'embryons congelés Monitoring de l'ovulation +/- IIU

Signature et cachet du médecin :

➤ Nom et adresse du médecin pour l'envoi du compte rendu (si différent du prescripteur) :

.....
