

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

➤ Renseignements personnels

NOM (même nom sur tous les formulaires): Prénom :

Date de Naissance : Téléphone :

Mail :

Adresse :

Nom et email du médecin prescripteur :

Nom et adresse du médecin pour l'envoi du CR (si différent du prescripteur) :

➤ Examens

Dosages Hormonaux : AMH (ng /ml) :

Sérologies obligatoires : **Joindre impérativement la copie des résultats négatifs des sérologies (VIH, hépatite B et C) de moins d'un an pour chaque envoi**

➤ Test

Contexte clinique :

Début infertilité (mois/année) : Infertilité Primaire Infertilité Secondaire

Etiologie de l'infertilité :

Type et Nombre de Tentatives (cocher la/les cases et indiquer le nombre après les :)

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

Nb de FCS : Nb : GEU : Nb Gbioch.....Nb IMG (préciser la cause) :

Nombre d'enfants nés :

Information sur le prélèvement

Bilan initial ou Bilan sous thérapeutique* (* bilan de contrôle avec recommandations MLI ; après un bilan initial)

Contexte clinique : **Echecs Implantation FIV/ICSI (intraconjugale)** **Bilan avant FIV/ICSI (<5ET)**

Echecs Implantation et FCS FIV/ICSI **FCS à répétition (hors parcours PMA)**

Echecs Implantation FIV-DO **Bilan avant FIV-DO**

Echecs d'implantation et FCS FIV-DO

Date du prélèvement:

Durée des cycles : Jour du cycle :

Examen réalisé sous : Cycle naturel monitoré Cycle substitué Stimulation ovarienne

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

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

ou date du pic de LH :ou date du déclenchement par ovitrelle :

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

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

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

Epaisseur de l'endomètre :

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

Prochain traitement envisagé :

FIV/ICSI intraconjugale avec TEF FIV/ICSI intraconjugale avec TEC/TEF

FIV-DO (ou DD) avec TEF FIV-DO (ou DD) avec TEC/TEF Monitoring de l'ovulation +/- IIU

Signature et cachet du médecin :