

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

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

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

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 : .....

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 :**