

FICHE RENSEIGNEMENTS POUR UTIMPRO TEST

☐ 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 (JJ/MM/AA) :.....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 (par rapport au jour de la biopsie) 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 : ☐ IIU-D : ☐ FIV : ☐ ICSI : ☐ IMSI : ☐ FIV-DO : ☐ FIV-DD :

Nombre d'embryons total remplacés : ☐ AMP intraconjugale à J2/J3 : à J5/J6 :
☐ AMP don (gamètes/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 suggestions MLI ; après un bilan initial < à 1 an)
Si nouveau Bilan initial y a t-il eu FC après le 1er bilan ☐ Oui ☐ Non ou Grossesse biochimique ☐ Oui ☐ Non

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

☐ Corticoïdes 20mg ☐ Corticoïdes 5mg ☐ HBPM
☐ Corticoïdes 15mg ☐ Intralipides ☐ hCG lutéal
☐ Corticoïdes 10mg ☐ Scratching

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 : Jour du cycle :

Examen réalisé sous : ☐ Cycle naturel monitoré ☐ Cycle substitué ☐ Stimulation ovarienne

Si cycle substitué, nombre de jours d'administration du progestatif (admis entre 6 à 9 jours):

Si cycle naturel (ou stimulé) taux de progestérone 48h avant biopsie en ng/ml (>8ng/ml) :

ou date de pic de LH (8-11 jours) : :.....ou date après déclenchement par ovitrelle (9 à12 jours) :.....

Epaisseur de l'endomètre :.....

Prochain traitement envisagé :

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

Signature et cachet du médecin :