

**FICHE TENTATIVE
AVEC OVOCYTES CONGELES V2.3**

Cette fiche doit être remplie pour toute décongélation d'ovocytes conservés dans le cadre d'une préservation autologue (hors don).

En bleu les items spécifiques du DPI

Identification

| | |
|---|---|
| N° DU CENTRE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : <input type="text"/> | |
| N° DU DOSSIER CLINIQUE : _____ | Le numéro du dossier clinique est le numéro de dossier du couple ou de la femme seule , il identifie de façon unique et permanente un couple ou une femme seule au sein d'un centre donné. Il reste identique d'une tentative à l'autre. |
| N° DU DOSSIER BIOLOGIQUE : _____ | Le numéro du dossier biologique est le numéro de la tentative. Il est repris sur les fiches décongélation /congélation d'embryons issues de la ponction initiale et sur les fiches grossesse issues de la tentative ou de la tentative sur embryons congelés. |
| ACCORD DU COUPLE OU DE LA FEMME SEULE POUR LA TRANSMISSION DES DONNEES NOMINATIVES : <input type="checkbox"/> | Cet accord doit être demandé à chaque nouveau projet d'enfant |
| Projet d'enfant en couple ou femme seule : <input type="checkbox"/> Couple Femme - Homme <input type="checkbox"/> Couple Femme - Femme <input type="checkbox"/> Femme seule | |
| Femme : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ | Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives a été obtenu. |
| Date de naissance : ____ / ____ / ____ | Si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives n'a pas été obtenu la valeur du jour doit être mis au 15 du mois (ex : 15/03/1973). |
| Profession : <input type="text"/> (code INSEE) | Texte ou classification INSEE en 10. |
| Homme : Nom de naissance : _____ Prénom : _____ | Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu. A ne renseigner que dans la situation d'un couple Femme – Homme. |
| Date de naissance : ____ / ____ / ____ | Si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives n'a pas été obtenu la valeur du jour doit être mis au 15 du mois (ex : 15/03/1973). A ne renseigner que dans la situation d'un couple Femme – Homme. |
| Profession : <input type="text"/> (code INSEE) | Texte ou classification INSEE en 10. A ne renseigner que dans la situation d'un couple Femme – Homme |

| | |
|---|--|
| <p>Pays de résidence du couple ou de la femme seule :</p> <p><input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger</p> <p>Si France, Code postal de résidence du couple ou de la femme seule : <input type="text"/></p> <p>Si pays étranger, préciser : _____</p> | <p>Si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives n'a pas été obtenu seul le département est à recueillir.</p> |
|---|--|

Etat de Santé

| | |
|---|---|
| <p>Femme :</p> <p>Taille (cm) : <input type="text"/></p> | <p>Exprimé en cm (sans virgule).</p> |
| <p>Poids (kg) : <input type="text"/></p> | <p>Exprimé en kg (sans virgule).</p> |
| <p>Consommation de tabac : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, nombre de cigarettes par jour : <input type="text"/></p> | <p>Il s'agit de consommation actuelle de tabac.</p> |
| <p>Contexte viral :</p> <p>Contexte viral VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Contexte viral VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Contexte viral VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Zika : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Contexte viral Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, préciser le contexte viral :</p> | <p>Il s'agit de prise en charge de personnes incluses dans le circuit du risque viral et non pas de diagnostic de pathologies virales.</p> |
| <p>Pathologies générales (en dehors de l'infécondité) : _____</p> | <p>Code CIM10 ou texte en clair.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Homme (Items à renseigner uniquement dans la situation d'un couple Femme – Homme) :</p> <p>Taille (cm) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Exprimé en cm (sans virgule).</p> |
| <p>Poids (kg) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Exprimé en kg (sans virgule).</p> |
| <p>Consommation de tabac : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, nombre de cigarettes par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Il s'agit de consommation actuelle de tabac.</p> |
| <p>Contexte viral :</p> <p>Contexte viral VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Contexte viral VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Contexte viral VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Zika : — <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Contexte viral Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Si oui, préciser le contexte viral :</p> | <p>Il s'agit de prise en charge de personnes incluse dans le circuit du risque viral et non pas de diagnostic de pathologies virales.</p> |
| <p>Pathologies générales (en dehors de l'infécondité) : _____</p> | <p>Code CIM10 ou texte en clair.</p> |
| <p>Couple ou femme seule :</p> <p>Risque de transmission d'une patho. génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Risque identifié au niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du couple constitué d'une femme et d'un homme - d'une femme en couple avec une autre femme - d'une femme seule <p>de transmission à l'enfant d'une pathologie génétique (ex : mucoviscidose, thalassémie, drépanocytose, myopathies....).</p> |
| <p>AMP pour DPI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> ↳ Si oui, technique de DPI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Génétique moléculaire <input type="checkbox"/> Cytogénétique <input type="checkbox"/> Cytogénétique et génétique moléculaire <p> ↳ Si oui DPI HLA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>AMP dans le cadre de diagnostic préimplantatoire.</p> |

Bilan d'infertilité : FEMME

| | |
|--|---|
| <p>Indication / Pathologie Tubaire</p> <p>Trompe droite : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Obturée/absente ou ligaturée <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Une seule réponse possible.</p> |
| <p>Trompe gauche : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Obturée/absente ou ligaturée <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Une seule réponse possible.</p> |
| <p>Indication / Pathologie Ovulaire :</p> <p>Anovulation / dysovulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, classification : <input type="checkbox"/> WHO I <input type="checkbox"/> WHO IIa <input type="checkbox"/> WHO IIb (SOPK) <input type="checkbox"/> WHO III</p> | <p>Il s'agit de la classification WHO (OMS) 1973 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • WHO I : Anovulation d'origine centrale • WHO IIa : Anovulation / dysovulation eugonadotrope idiopathique folliculogénèse inadéquate • WHO IIb : Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) • WHO III : Insuffisance ovarienne |
| <p>Anomalie de la réserve ovarienne : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Il s'agit d'une appréciation globale sur la réserve ovarienne en tenant compte des informations apportées par les dosages hormonaux (FSH, l'AMH, inhibine B et l'Œstradiol à J3) et les données échographiques (compte échographique des follicules antraux, de fait infra-centimétrique).</p> |
| <p>Endométriose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, stade : <input type="checkbox"/> stade 1 <input type="checkbox"/> stade 2 <input type="checkbox"/> stade 3 <input type="checkbox"/> stade 4 <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Le score de l'endométriose doit être renseigné selon la classification suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stade 1 : endométriose minime (Score AFS 1-5) • Stade 2 : endométriose modérée (Score AFS 6-15) • Stade 3 : endométriose moyenne (Score AFS 16-40) • Stade 4 : endométriose sévère (Score AFS > 40) <p><i>Score AFS (American Fertility Society)</i></p> |
| <p>Indication / Pathologie Utérine :</p> <p>Pathologie utérine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, malformation hors DES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, utérus DES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, autre pathologie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>DES : diéthylstilbestrol.</p> <p>Autres pathologies : myométriome ou endométriale incluant les fibromes.</p> |
| <p>Pathologie cervicale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, conisation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, sténose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, autre pathologie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>Hors pathologie de la glaire.</p> |
| <p>Indication génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Indication immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | |

Bilan d'infertilité : HOMME ne renseigner que dans la situation d'un couple Femme – Homme

| | |
|---|---|
| Fertilité homme : Pathologie génito-urinaire congénitale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | Ex : ABCD, Cryptorchidie... |
| Pathologie testiculaire acquise : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | Ex : cancer ou torsion ou traumatisme testiculaire, varicocèle... |
| Infection urinaire ou génitale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Indication génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Investigations génétiques : Caryotype : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Non fait | |
| Microdélétion du chromosome Y : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non fait | |
| OATS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Azoospermie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si Oui : <input type="checkbox"/> Obstructive <input type="checkbox"/> Non-obstructive <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> ND ↳ Si Non : Spermogramme du conjoint : Numération (M/ml; 0,000) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Dernier recueilli avant la tentative. Noté 0,000 si azoospermie et dans ce cas uniquement. |
| Mobilité total (%) : <input type="text"/> <input type="text"/> | A ne pas remplir en cas d'azoospermie. |
| Progressive A + B (%) : <input type="text"/> <input type="text"/> | A ne pas remplir en cas d'azoospermie. |
| Formes typiques (%) : <input type="text"/> <input type="text"/> | A ne pas remplir en cas d'azoospermie. |
| Norme : <input type="checkbox"/> David <input type="checkbox"/> Kruger <input type="checkbox"/> ND | A ne pas remplir en cas d'azoospermie. |
| Autre anomalie du sperme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, nécrospermie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ↳ Si oui, auto-anticorps : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ↳ Si oui, dyskinésie flagellaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Indication immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |

Bilan infécondité : COUPLE

| | |
|--|--|
| <p>Année de début d'infécondité à la 1ère prise en charge en AMP du couple :</p> <p>_____</p> | <p>Cette date doit être la plus proche de celle à partir de laquelle le couple a tenté de concevoir un enfant. Elle doit débiter à la date de début de l'exposition à la grossesse et non à la date du mariage (ou de la vie commune), ni avant une naissance précédente hors AMP ou d'une autre date. Dans le cas où la dernière grossesse s'est terminée par une FCS ou une GEU considérer comme date de début celle du désir d'enfant qui a abouti à cette FCS / GEU.</p> |
| <p>Grossesses et accouchements antérieurs – femme (hors couple actuel) : <i>Grossesse comprend également une FCS ou une GEU</i></p> | |
| <p>Nombre de grossesse hors AMP : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p> ↳ Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Il s'agit du nombre total de grossesses, hors AMP, de la femme, obtenues avec un autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.</p> |
| <p>Nombre de grossesse après AMP : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p> ↳ Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Il s'agit du nombre total de grossesses, après AMP, de la femme, obtenues avec un autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.</p> |
| <p>Grossesses et accouchements antérieurs – homme (hors couple actuel) : <i>Grossesse comprend également une FCS ou une GEU</i></p> | <p>A ne renseigner que dans la situation d'un couple Femme – Homme</p> |
| <p>Nombre de grossesse hors AMP : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p> ↳ Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Il s'agit du nombre total de grossesses, hors AMP, de l'homme avec une autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.</p> |
| <p>Nombre de grossesse après AMP : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p> ↳ Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Il s'agit du nombre total de grossesses, après AMP, de l'homme avec une autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.</p> |
| <p>Grossesses et accouchements antérieurs – couple actuel : <i>Grossesse comprend également une FCS ou une GEU</i></p> | |
| <p>Nombre de grossesse hors AMP : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p> ↳ Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Il s'agit du nombre total de grossesses, hors AMP, du couple. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.</p> |
| <p>Nombre de grossesse après AMP : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p> ↳ Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Il s'agit du nombre total de grossesses, après AMP, du couple. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.</p> |
| <p>Passage en FIV après échecs d'inséminations pour le couple ou la femme seule :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, échec d'IAC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, échec d'IAD : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>Indication(s) principale(s) retenue(s) : (Choix multiple possible selon la conclusion de l'équipe)</p> <p>Infécondité féminine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Infécondité masculine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Infécondité idiopathique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Pas d'infécondité : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>Il ne s'agit pas de reprendre l'ensemble du bilan d'infertilité. Il s'agit de cocher la(es) principale(s) indication(s) retenues par l'équipe de soins.</p> <p>Idiopathique : absence d'indication féminine et masculine.</p> |
| <p>Si, indication féminine :</p> <p>Tubaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Endométriose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Ovulaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>A remplir qu'en cas d'indication féminine. Pour chaque type d'indication, plusieurs réponses possibles.</p> |
| <p>Si, indication masculine :</p> <p>OATS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Azoospermie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>A ne remplir qu'en cas d'indication masculine. Pour chaque type d'indication, plusieurs réponses possibles.</p> |

Cycle - Tentative

| | |
|--|---|
| Ponction : Date de la ponction ayant conduit à la congélation : ____ / ____ / ____ | |
| Date de décongélation des ovocytes : ____ / ____ / ____ | |
| Date d'annulation de la décongélation des ovocytes : ____ / ____ / ____ | |
| Indication de la congélation d'ovocytes : <input type="checkbox"/> A la suite d'une tentative de FIV <input type="checkbox"/> Préservation de la fertilité <input type="checkbox"/> Autoconservation à la suite d'un don <input type="checkbox"/> Autoconservation sans motif médical | Concerne les circonstances initiales dans lesquelles les ovocytes ont été congelés. |
| Ovocytes importés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Origine du sperme : <input type="checkbox"/> Intraconjugale <input type="checkbox"/> Don de sperme | |

| | |
|--|---|
| Préparation du cycle Actuel : <input type="checkbox"/> Cycle naturel <input type="checkbox"/> Cycle stimulé <input type="checkbox"/> Cycle artificiel | Cycle naturel : cycle à visée mono ou bi-folliculaire avec utilisation éventuelle de gonadotrophines ou antagoniste du GnRH, en phase folliculaire tardive, quel que soit le mode de déclenchement. Cycle stimulé : cycle précédé d'un traitement par œstrogènes et/ou progestatifs, visant à programmer le début de la stimulation ovarienne. Cycle artificiel : séquence œstrogène / progestérone. |
| Agonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Antagonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Ovulation: <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Déclenchée <input type="checkbox"/> Sans objet | |
| Biopsie de globule polaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : ↳ Nombre d'ovocytes biopsiés <u> </u> <u> </u> ↳ Nombre d'ovocytes diagnostiqués euploïdes <u> </u> <u> </u> | La biopsie du 1er globule polaire et son analyse génétique est une technique autorisée en vue du diagnostic pré conceptionnel sur ovocyte avant fécondation dans le cadre des situations d'échecs répétés d'implantation ou de fausses couches spontanées à répétition. |
| MIV programmée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | MIV : maturation in vitro Ne pas indiquer les maturations in vitro entreprises au seul vu de la qualité des ovocytes recueillis, mais seulement les cycles pour lesquels une MIV était prévue dès le début, avec prélèvement précoce (pour OPK par exemple) |

| | |
|--|---|
| <p>Mise en fécondation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Date de mise en fécondation : ____ / ____ / _____</p> | |
| <p>IMSI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>IMSI : Intracytoplasmic Morphological Sperm Injection</p> |
| <p>Nombre d'ovocytes microinjectés: <input type="text"/> <input type="text"/></p> | |
| <p>Sperme de la fécondation, origine et état :</p> <p>Origine :</p> <p> éjaculat : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> déférent : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> épididyme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> testicule : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> urine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>Si le sperme de la fécondation est celui d'un donneur, il faut indiquer les caractéristiques du sperme du donneur.</p> |
| <p>Etat : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Congelé <input type="checkbox"/> Mixte</p> | <p>Mixte : mélange de sperme de frais et congelé du conjoint.</p> |
| <p>Motif de l'autoconservation :</p> <p> Traitement stérilisant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Cryptozoospermie: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Vasectomie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Risque viral : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Recueil chirurgical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Echec, difficulté de recueil : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Convenance personnelle Sans motif médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> Si oui date de la congélation du sperme : ____ / ____ / ____</p> | <p>A ne renseigner uniquement si sperme congelé.</p> |
| <p>Fécondation et culture :</p> | |
| <p>Nombre de zygotes à 2PN (J1) : <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Mettre 0 si aucun obtenu.</p> |
| <p>Nombre d'embryons à J2 : <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Mettre 0 si aucun obtenu.</p> |
| <p>Nombre d'embryons à J3 : <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Mettre 0 si aucun obtenu.</p> |
| <p>Nombre d'embryons mis en culture prolongée (au delà de J3) : <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Il s'agit de milieux séquentiels ou de coculture (mettre 0 si aucun embryon n'est mis en culture prolongée).</p> |
| <p>Nombre de blastocystes obtenus : <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>Mettre 0 si aucun obtenu.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Diagnostic préimplantatoire sur l'embryon frais :</p> <p>Nombre d'embryons biopsiés <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons indemnes de la maladie <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Item à ne remplir que dans le cadre du DPI. Biopsie faite dans le cadre de diagnostics sur embryons frais</p> |
| <p>Utilisation simultanée d'embryons frais et d'embryons congelés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, nombre d'embryons décongelés <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Concerne les embryons décongelés au vu d'un transfert simultané d'embryons frais et décongelés</p> |
| <p>Diagnostic préimplantatoire sur l'embryon congelé dans le cadre d'utilisation simultanée d'embryons frais et d'embryons congelés :</p> <p>Nombre d'embryons biopsiés après décongélation <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués après décongélation <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués indemnes de la maladie recherchée après décongélation <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> | <p>Item à ne remplir que dans le cadre du DPI. Biopsie faite dans le cadre de diagnostics sur embryons congelés dans le cadre de <u>l'utilisation simultanée d'embryons frais et d'embryons congelés</u></p> |
| <p>Transfert :</p> <p>Transfert : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>A remplir même en cas d'échec de la fécondation.</p> |
| <p>↳ Si non, pas d'embryons transférables : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> contre-indication : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> autre cause : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | |
| <p>↳ Si oui, date de transfert : ____ / ____ / ____</p> <p> aucun traitements associés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> traitements associés progestatifs : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> traitements associés HCG : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p> traitements associés autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Embryons transférés (Total) : | | | | | Indiquer le nombre total d'embryons transférés, indépendamment de leur stade de transfert. En cas d'absence de transfert, mettre 0. |
| Nombre d'embryons transférés : <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | |
| Embryons : | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Stade du transfert : | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4 <input type="checkbox"/> J5 <input type="checkbox"/> J6 <input type="checkbox"/> J7 | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4 <input type="checkbox"/> J5 <input type="checkbox"/> J6 <input type="checkbox"/> J7 | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4 <input type="checkbox"/> J5 <input type="checkbox"/> J6 <input type="checkbox"/> J7 | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4 <input type="checkbox"/> J5 <input type="checkbox"/> J6 <input type="checkbox"/> J7 | Il s'agit du stade de développement au moment du transfert. |
| Nombre de cellules : | <input type="text"/> <input type="text"/> | A remplir que pour les transferts à J2 ou J3. |
| Homogénéité des blastomères : | <input type="checkbox"/> Typique <input type="checkbox"/> Atypique | A remplir que pour les transferts à J2 ou J3. |
| % de fragmentation : | <input type="checkbox"/> < 10 % <input type="checkbox"/> 10–50 % <input type="checkbox"/> > 50 % | <input type="checkbox"/> < 10 % <input type="checkbox"/> 10–50 % <input type="checkbox"/> > 50 % | <input type="checkbox"/> < 10 % <input type="checkbox"/> 10–50 % <input type="checkbox"/> > 50 % | <input type="checkbox"/> < 10 % <input type="checkbox"/> 10–50 % <input type="checkbox"/> > 50 % | A remplir que pour les transferts à J2 ou J3. |
| Si blastocystes : | <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> B7 | <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> B7 | <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> B7 | <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> B7 | <p>A renseigner en cas de mise en culture prolongée et de transfert de blastocystes.</p> <p>Classification des blastocystes selon Gardner (Ref : Fertil Steril 2000, 73, 1155-1158) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • B1 : Blastocyste précoce, avec un blastocèle occupant moins de la moitié du volume de l'embryon • B2 : Blastocystes dont le blastocèle occupe plus de la moitié du volume de l'embryon • B3 : Blastocystes complet dont la cavité emplit tout l'embryon • B4 : Blastocyste expansé dont le volume excède celui de l'embryon normal, avec une zone pellucide d'épaisseur réduite • B5 : Blastocyste en cours d'éclosion, dont le trophoctoderme est en train de se hernier hors de la pellucide • B6 : Blastocyste éclos, totalement sorti de sa pellucide • B7 : Morula |
| Éclosion assistée : | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| Congélation : | | |
| Nombre total de zygotes, embryons, blastocystes congelés : <input type="text"/> | | Indiquer le nombre total (indépendamment du stade de développement au moment de la congélation). |
| ↳ Nombre d'embryons congelés avant biopsie : <input type="text"/> | | Item à ne remplir que dans le cadre du DPI |
| ↳ Nombre d'embryons congelés après biopsie : <input type="text"/> | | |
| ↳ dont nombre d'embryons congelés après biopsie, sans diagnostic : <input type="text"/> | | |
| Stade de congélation : | Nombre d'embryons congelés : | Le stade de congélation peut être différent d'1 embryon à l'autre. Par exemple, si 2 embryons ont été congelés à J3 et un autre à J5, mettre J3 = 2 et J5 = 1. Les embryons congelés peuvent faire l'objet d'un transfert ultérieurement, ces informations seront alors à reporter dans la fiche Congélation / décongélation d'embryons. |
| J1 | <input type="text"/> | |
| J2 | <input type="text"/> | |
| J3 | <input type="text"/> | |
| J4 | <input type="text"/> | |
| J5 | <input type="text"/> | |
| J6 | <input type="text"/> | |
| J7 | <input type="text"/> | |

Bilan de la grossesse avant 12 SA

| | |
|--|--|
| <p>Grossesse débutante (hCG>100 UI) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue</p> | <p>Il s'agit des grossesses avec hCG positif (hCG supérieur à cent UI (100 UI)).</p> |
| <p>Grossesse avec activité cardiaque : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue</p> | <p>Il s'agit des grossesses avec présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec activité cardiaque à l'échographie entre 4 et 6 semaines après la FIV.</p> |
| <p>↳ Si oui, date de l'échographie : ____ / ____ / ____</p> | |
| <p>↳ Si oui, nombre de sacs avec activité cardiaque : <input type="text"/></p> | |
| <p>↳ Si oui, nombre total d'embryons : <input type="text"/></p> | <p>Nombre d'embryons tient également compte des embryons sans activité cardiaque.</p> |
| <p>↳ Si oui, nombre d'embryons avec activité cardiaque : <input type="text"/></p> | |
| <p>Réduction embryonnaire sélective : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, nombre d'embryons réduits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 embryon <input type="checkbox"/> 2 embryons <input type="checkbox"/> 3 embryons <p>↳ Si oui, date de la réduction embryonnaire : ____ / ____ / ____</p> | <p>Il s'agit de réduction embryonnaire pratiquée pour grossesse multiple hors du cadre de l'IMG sélective pour pathologie fœtale.</p> |
| <p>FCS complète avant 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP</p> <p>↳ Si oui, date FCS : ____ / ____ / ____</p> | |
| <p>GEU : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP</p> <p>↳ Si oui, <input type="checkbox"/> GEU isolée <input type="checkbox"/> GEU hétérotopique</p> | <p>GEU isolée : Il s'agit de grossesse extra-utérine documentée sans grossesse intra-utérine associée.</p> <p>Grossesse hétérotopique : grossesse intra-utérine associée à une GEU documentée.</p> |
| <p>Interruption volontaire de grossesse : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | |
| <p>Grossesse molaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | |
| <p>Interruption médicale de grossesse avant 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | |
| <p>Grossesse évolutive >= 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue</p> | |
| <p>↳ Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Gémellaire <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Quadruple ou plus | |

Bilan de la grossesse entre 12 et 40 SA

| Ne remplir cette partie que si grossesse évolutive >= 12 SA | | | |
|---|--|---|--|
| Diagnostic prénatal génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↪ Si oui, prélèvement sur : <input type="checkbox"/> Villosités choriales <input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Sang fœtal | | Si anomalie génétique, remplir l'état de l'enfant à la naissance et « anomalies congénitales ». | |
| ↪ Si oui, contrôle du DPI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | | Item à ne remplir que dans le cadre du DPI | |
| Pathologies de la grossesse | 2 ^{ème} trimestre | 3 ^{ème} trimestre | |
| Pathologies de la grossesse | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| Prééclampsie | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Diabète apparu pendant la grossesse | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| MAP avec hospitalisation | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | MAP : menace d'accouchement prématuré. |
| Rupture prématurée des membranes | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Placenta praevia | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Hématome rétro placentaire | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | |
| Hospitalisation > 24h pendant la grossesse | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | Hors hospitalisation pour l'accouchement. |
| Informations documentées par : | <input type="checkbox"/> la patiente seule <input type="checkbox"/> un gynécologue obstétricien ou une sage femme qui a assuré le suivi de la grossesse | | Cet item permet de connaître l'origine de l'information et sa fiabilité. |

| | |
|--|--|
| <p>IMG sélective : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> | <p>IMG sélective : interruption médicale sélective dans le cadre d'une grossesse multiple pour pathologie fœtale.</p> |
| <p>Accouchement >= 22 SA ou IMG >= 22 SA :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu</p> | |
| <p>↳ Si non : <input type="checkbox"/> FCS complète spontanée après 12 SA <input type="checkbox"/> IMG entre 12 SA-22SA <input type="checkbox"/> issue inconnue</p> <p>↳ Si oui, IMG : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>IMG : interruption médicale complète de grossesse.</p> |
| <p>Date de fin de grossesse ou accouchement : ___ / ___ / ____</p> | |
| <p>Maternité de naissance en clair : _____ ou code FINESS : () () () () () () () () () ()</p> | <p>Remplir soit maternité soit le code FINESS géographique.</p> |
| <p>Code postal de la maternité : () () () () () ()</p> | |
| <p>Travail : <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenchement <input type="checkbox"/> Césarienne avant travail</p> | |
| <p>Complications maternelles impliquant le pronostic vital à l'accouchement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Nombre d'enfants nés : () ()</p> | |

Enfant n°1

| | |
|---|--|
| <p>Accouchement :</p> <p>Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p> | |
| <p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p> | |
| <p>Enfant :</p> <p>Nom : _____</p> | <p>Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives a été obtenu.</p> |
| <p>Prénom : _____</p> | |
| <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> | |
| <p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p> | |
| <p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p> |
| <p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».</p> |
| <p>Si oui, indiquez la période</p> <p><input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |
| <p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |

Enfant n°2

| | |
|---|--|
| <p>Accouchement :</p> <p>Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p> | |
| <p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p> | |
| <p>Enfant :</p> <p>Nom : _____</p> | <p>Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives a été obtenu.</p> |
| <p>Prénom : _____</p> | |
| <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> | |
| <p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p> | |
| <p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p> |
| <p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».</p> |
| <p>Si oui, indiquez la période</p> <p><input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |
| <p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |

Enfant n°3

| | |
|---|--|
| <p>Accouchement : Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p> | |
| <p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p> | |
| <p>Enfant : Nom : _____ Prénom : _____</p> | <p>Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives a été obtenu.</p> |
| <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> | |
| <p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p> | |
| <p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p> |
| <p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».</p> |
| <p>Si oui, indiquez la période <input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |
| <p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |

Enfant n°4

| | |
|---|--|
| <p>Accouchement : Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p> | |
| <p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p> | |
| <p>Enfant : Nom : _____ Prénom : _____</p> | <p>Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple ou de la femme seule pour la transmission des données nominatives a été obtenu.</p> |
| <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> | |
| <p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p> | |
| <p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p> | |
| <p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p> |
| <p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> | <p>Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».</p> |
| <p>Si oui, indiquez la période <input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p> | |
| <p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |
| <p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, diagnostic : _____</p> | <p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p> |

AMP vigilance

| | |
|--|---|
| AMP vigilance : Evènement indésirable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND | Recouvre toute réaction nocive liée ou susceptible d'être liée aux activités d'AMP (stimulation, ponction, mise en fécondation, transfert, etc...). |
| Déclaration AMP vigilance : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, numéro de la fiche dans VIGIAMP : _____ | |