

FICHE INSEMINATION V1.1

Cette fiche est à renseigner pour toutes inséminations artificielles réalisées en intraconjugal ou avec spermatozoïdes de donneurs

Identification

N° DU LABORATOIRE <input type="text"/>	
N° DU DOSSIER CLINIQUE : <input type="text"/>	Ne remplir que pour les centres de FIV. N° de dossier du couple ou de la femme seule dans le laboratoire, il reste identique d'un cycle à l'autre pour un même couple ou de la femme seule
N° DU DOSSIER BIOLOGIQUE : <input type="text"/>	N° de l'insémination
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 inséminée : Nom de naissance : <input type="text"/> Nom d'usage : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	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 : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	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)
Homme : Nom de naissance : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	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)
Pays de résidence du couple ou de la femme seule : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger Si France, Code postal de résidence du couple ou de la femme seule : <input type="text"/> Si pays étranger, préciser : <input type="text"/>	
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.	

Etat de Santé

<p>Femme inséminée : circuit à risque viral pathologies virales en cours :</p> <p>VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, préciser le risque 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>Homme : circuit à risque viral contexte viral :</p> <p>VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, préciser le risque 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>

SPERMOGRAMME DE BILAN – à renseigner pour les inséminations intraconjugales

Concentration (M/ml ; 0,000) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Noter 0,000 si azoospermie
Volume (ml) :	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	
Vitalité (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Mobilité total (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Progressive A + B (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Formes typiques (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Norme :	<input type="checkbox"/> David <input type="checkbox"/> Kruger (OMS) <input type="checkbox"/> ND	

Bilan d'infécondité de la femme inséminée et de l'homme

<p>Année de début d'infécondité à la 1^{ère} prise en charge en AMP du couple :</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></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 cette FCS / GEU.</p>
<p>Nombre de grossesses antérieures de la femme inséminée:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Antécédents de grossesse de la femme, quelle que soit l'origine de la grossesse (spontanée, insémination ou FIV)</p> <p>Il prend en compte les fausses couches spontanées, les GEU et IMG.</p>
<p>Nombre d'inséminations antérieures pour ce projet d'enfant :</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Indiquer le nombre total de cycles d'insémination pour le projet actuel d'enfant (réalisé en dehors ou dans votre centre).</p>
<p>Indication d'infécondité concernant le couple Femme – Homme :</p> <p>Inexpliquée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Echec de FIV intraconjugale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Quelle que soit la raison (échec d'ICSI ou échec de stimulation).</p>
<p>Indication d'infécondité féminine :</p> <p>Cervicale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Tubaire relative <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Endométriose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Dysovulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Pas d'infécondité : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Ne remplir qu'en cas d'indication féminine Plusieurs indications possibles.</p>
<p>Indication d'infécondité masculine :</p> <p>OATS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Ne remplir qu'en cas d'indication masculine. Plusieurs indications possibles.</p>

Immunologique :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Cycle - Tentative

Origine du sperme : <input type="checkbox"/> Intraconjugale <input type="checkbox"/> Don de sperme spermatozoïdes	Ne concerne que les couples homme - femme
Si intraconjugal, indiquer l'état du sperme : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Congelé	
Si utilisation de sperme congelé, motif de l'autoconservation : Traitement stérilisant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Vasectomie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Risque viral : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Echec, difficulté de recueil : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Absence d'indication médicale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Ne renseigner qu'en cas d'utilisation de sperme congelé de spermatozoïdes congelés
Si don de sperme, indiquer la technique : <input type="checkbox"/> intra cervicale / <input type="checkbox"/> intra utérine	

Stimulation (du cycle actuel) : Cycle naturel : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	En cours de définition à l'ABM
Cycle stimulé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, anti-œstrogènes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui gonadotrophines <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui analogue de la GnRH <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Les analogues de la GnRH concernent les agonistes ou les antagonistes. A prendre en compte hors déclenchement
Insémination: Date de l'insémination : ____ / ____ / ____	
Nombre de spermatozoïdes mobiles inséminés : ____ , ____	Indiquer le nombre total en million
Date de l'échographie : ____ / ____ / ____	
Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm : ____	

Grossesse débutante (hCG>100 UI) :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	Il s'agit des grossesses avec hCG positif (hCG supérieur à cent UI (100 UI)) Perdue de vue : Patiente perdue de vue après le début du cycle
Grossesse avec activité cardiaque :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	Il s'agit des grossesses avec présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec activité cardiaque à l'échographie entre 4 et 6 semaines. Perdue de vue : patiente perdue de vue après le diagnostic d'une grossesse débutante
Réduction embryonnaire sélective :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Il s'agit de réduction embryonnaire pratiquée pour grossesse multiple hors du cadre de l'IMG sélective pour pathologie fœtale.
FCS complète avant 12 SA :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP	NSP : Ne sait pas
GEU :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP	Il s'agit de grossesse extra-utérine documentée sans grossesse intra-utérine associée. NSP : Ne sait pas
Interruption volontaire de grossesse :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Grossesse molaire :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Interruption médicale de grossesse avant 12 SA :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Grossesse évolutive ≥ 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	
IMG sélective : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	IMG sélective : interruption médicale sélective dans le cadre d'une grossesse multiple pour pathologie fœtale.
Accouchement ≥ 22 SA ou IMG ≥ 22 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	Accouchement ≥ 22SA ou ≥ 500g, y compris les IMG ≥ 22 SA
<p>Si non : <input type="checkbox"/> FCS complète spontanée après 12 SA <input type="checkbox"/> IMG de 12 à 21 SA <input type="checkbox"/> Perdue de vue</p> <p>Si oui : IMG ≥ 22 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>FCS : Fausse couche</p> <p>IMG : interruption médicale complète de grossesse.</p>
Date de fin de grossesse ou d'accouchement : ____ / ____ / ____	
Nombre d'enfants nés : <input type="text"/> <input type="text"/>	

Enfant n°1: ne pas renseigner en cas d'IMG \geq 22 SA complète

Enfant né vivant : ☐ Non ☐ Oui

Enfant n°2: ne pas renseigner en cas d'IMG \geq 22 SA complète

Enfant né vivant : ☐ Non ☐ Oui

Enfant n°3: ne pas renseigner en cas d'IMG \geq 22 SA complète

Enfant né vivant : ☐ Non ☐ Oui