

FICHE DE LIAISON IAC CLINICIEN BIOLOGISTE

A FAXER IMPERATIVEMENT DANS LE CYCLE PRECEDANT LA 1^{ère} IAC

Site du TENENIO : route de la ville aux Pies 56000 VANNES. FAX: 02-97-62-57-58

Entretien à programmer dans le cycle précédant le début des cycles d'insémination .

CLINICIEN :

CONJOINT NOM :	CONJOINTE NOM :
PRENOM :	NOM de jeune fille :
Date de Naissance :	PRENOM :
	Date de naissance :

INDICATION DE L'INSEMINATION (renseignement obligatoire) :

BILAN HORMONAL à J3

FSH :

LH :

Oestradiol :

AMH :

BILAN SPERMATIQUE:(datant de moins de 6 mois avant la réalisation de la 1^{ère} insémination)

	Date:	Date :		Date :	Date :	Date :
SPERMOGRAMME			TEST DE CAPACITATION			
Num des spermatozoides (Million/ml)			Nombre de grade A+B dans la préparation			
% grade A +B			% A+B			
			Résultat SPERMOCULTURE			

SEROLOGIES : (datant de moins de 3 mois avant la 1^{ère} insémination)

MONSIEUR :

MADAME :

<i>DATES</i>				<i>DATES</i>			
HIV :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEPATITE C : Ac HCV :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HEPATITE C : Ac HCV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SYPHILIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SYPHILIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEPATITE B : Ag HBs :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HEPATITE B : Ag HBs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC HBC :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AC HBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AC HBS :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AC HBS :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				TOXOPLASMOSE :	<input type="radio"/>		
				RUBEOLE :	<input type="radio"/>		

Séjour en zone « zyka » : oui / non

date :

(si oui : voir conduite à tenir selon les recommandations en cours)

AVIS CLINICO-BIOLOGIQUE : ACCORD : OUI/ NON

DATE

NOM DU BIOLOGISTE RESPONSABLE

Date et signature Monsieur

Date et signature Madame