

## FICHE DE LIAISON IAC CLINICIEN BIOLOGISTE

**A FAXER IMPERATIVEMENT DANS LE CYCLE PRECEDANT LA 1<sup>ère</sup> 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 :

<b>CONJOINT</b> NOM :	<b>CONJOINTE</b> NOM :
PRENOM :	NOM de jeune fille :
Date de Naissance :	PRENOM :
	Date de naissance :

## INDICATIONS DE L'INSEMINATION (renseignement obligatoire) :

<i>Indications concernant le couple</i>	<i>Indications féminines</i>	<i>Indications masculines</i>
Année de début d'infécondité :	Tubaire : oui / non	OATS : oui / non
Nombre de grossesses antérieures :	Dysovulation : oui / non	Génétique : oui / non
Infertilité Inexpliquée : oui / non	Cervicale : oui / non	Immunologique : oui / non
Echec FIV intraconjugale : oui / non	Endométriose : oui / non	Autre :
	Autre :	

## BILAN HORMONAL à J3 : date

FSH :

LH :

Oestradiol :

AMH :

BILAN SPERMATIQUE:(datant de moins de 6 mois avant la réalisation de la 1<sup>ère</sup> insémination)

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

SEROLOGIES : (datant de moins de 6 mois avant la 1<sup>ère</sup> insémination)

## MONSIEUR :

## MADAME :

DATES				DATES			
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"/>
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"/>
TPHA/VDRL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TOXOPLASMOSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				RUBEOLE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				TPHA/VDRL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 :