

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 :**

PATIENT(E) NOM : NON de naissance : PRENOM : Date de Naissance :	PATIENTE (porteuse de l'enfant) NOM : NOM de naissance : PRENOM : Date de naissance :
---	--

INDICATIONS DE L'INSEMINATION (renseignement obligatoire) :

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

BILAN HORMONAL à J3 patiente porteuse de l'enfant : date

FSH : LH : Oestradiol : AMH :

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

Patiente (e) :				Patiente porteuse de l'enfant :			
DATES				DATES			
HIV :	☐	☐	☐	HIV	☐	☐	☐
HEPATITE C :	☐	☐	☐	HEPATITE C : Ac HCV	☐	☐	☐
Ac HCV :				HEPATITE B : Ag HBs	☐	☐	☐
HEPATITE B :	☐	☐	☐	AC HBC	☐	☐	☐
Ag HBs :				AC HBS :	☐	☐	☐
AC HBC :	☐	☐	☐	TOXOPLASMOSE	☐	☐	☐
AC HBS :	☐	☐	☐	RUBEOLE	☐	☐	☐
TPHA/VDRL	☐	☐	☐	TPHA/VDRL	☐	☐	☐

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 Patient(e) :

Date et signature Patiente porteuse de l'enfant :