



FICHE DE DEMANDE DE FIV-ICSI

NO ENTREE

Doit être complétée au stylo à bille noir à l'annonce des règles et faxée le jour même au +41-21-321.15.81

PATIENT

Nom, Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 CP Localité :
 Téléphone :

Conjointe

Conjoint

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

DONNEES CLINIQUES

Stérilité :

Contrôles sanguins :

Groupe sanguin :
 Anticorps anti-rubéole :
 Anticorps anti-hépatite B :
 Anticorps anti-hépatite C :
 Anticorps anti-HIV :

*Mutations mucoviscidose :

* Caryotype :

Les dosages doivent obligatoirement avoir été réalisés dans l'année précédente (* en cas d'ICSI)

| | | | | |
|---|-------------|---|----------|-------------|
| <input type="checkbox"/> PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE | | Depuis le (date) : | | |
| Conjointe | Date | Conjoint | | Date |
| | | J | M | |
| <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | |
| <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | |
| <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | |
| <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF | | |
| <input type="checkbox"/> N/N (normal) <input type="checkbox"/> N/M (mutation) | | <input type="checkbox"/> N/N (normal) <input type="checkbox"/> N/M (mutation) | | |
| <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | | <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | | |

STIMULATION

Date des dernières règles :

Type de protocole :

Surveillance :

Début de l'analogue ou de l'antagoniste de la GnRH :

Analogue de la GnRH (dose) :

Antagoniste de la GnRH :

Date du début de la stimulation :

Médicament :

Dose de départ :

| | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> FIV | <input type="checkbox"/> ICSI | <input type="checkbox"/> MESA | <input type="checkbox"/> TESE | <input type="checkbox"/> DECONGELATION |
| | | Date des nouvelles règles : | | |
| <input type="checkbox"/> COURT (flare-up) | <input type="checkbox"/> ANTAGONISTE | | <input type="checkbox"/> CYCLE NATUREL | |
| <input type="checkbox"/> LONG (down-regulation) | | | <input type="checkbox"/> CYCLE ARTIFICIEL | |
| <input type="checkbox"/> OVU-LH | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> US | | |
| JOUR DU CYCLE : | | DATE : | | |
| <input type="checkbox"/> DECAPEPTYL | | <input type="checkbox"/> 0.05 | <input type="checkbox"/> 0.1 | <input type="checkbox"/> 3.75 |
| <input type="checkbox"/> ORGALUTRAN <input type="checkbox"/> CETROTIDE | | <input type="checkbox"/> 3.00 | <input type="checkbox"/> 0.25 | <input type="checkbox"/> |
| | | <i>Doit être déterminée avec l'accord préalable du médecin responsable du CPMA</i> | | |
| FSH-recombinante <input type="checkbox"/> GONAL-F | | <input type="checkbox"/> PUREGON | | <input type="checkbox"/> PERGOVERIS |
| FSH-urinaire <input type="checkbox"/> FOSTIMON | | <input type="checkbox"/> MERIONAL | | <input type="checkbox"/> MENOPUR |
| <input type="checkbox"/> 37.5 | <input type="checkbox"/> 50 | <input type="checkbox"/> 75 | <input type="checkbox"/> 100 | <input type="checkbox"/> 112.5 |
| <input type="checkbox"/> 150 | <input type="checkbox"/> 187.5 | <input type="checkbox"/> 200 | <input type="checkbox"/> Multidose | |
| <input type="checkbox"/> 225 | <input type="checkbox"/> 250 | <input type="checkbox"/> 262.5 | <input type="checkbox"/> 300 | <input type="checkbox"/> 337.5 |
| <input type="checkbox"/> 350 | <input type="checkbox"/> 375 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pen | |

OPU (Collecte d'ovocytes)

Sperme pour la fécondation :

Paillettes congelées en stock :

| | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| DATE : | HEURE : | Monsieur au LBR : | HEURE : |
| <input type="checkbox"/> FRAIS | <input type="checkbox"/> CONGELE | <input type="checkbox"/> EJACULAT | <input type="checkbox"/> EPIDIDYME |
| <input type="checkbox"/> OUI | Nombre : | Biopsie en urgence si nécessaire : | <input type="checkbox"/> OUI |
| <i>Un spermogramme présentant des valeurs fortement pathologiques doit avoir été reconstrôlé au moins une fois dans les 3 mois qui précèdent le traitement pour confirmer la stabilité des altérations observées</i> | | | |

CRYOCONSERVATION

| | |
|--|---|
| Tout congeler (risque de SHO) : <input type="checkbox"/> OUI | Un seul zygote par paillette : <input type="checkbox"/> OUI |
|--|---|

TRANSFERT (TE)

Nbre de zygotes à décongeler :

Nbre d'embryons à transférer :

Amincissement de la ZP :

Jour du transfert :

Transfert de blastocyste :

| | |
|---|--|
| DATE : | <i>Ces informations doivent impérativement être communiquées au LBR par le médecin demandeur avant la ponction</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | Etude : |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | Remarques pour le TE : |
| <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"/> Selon culture | |

DEMANDEUR

Dr :

Adresse :
 CP Localité :
 Téléphone - Fax :
 Copie des résultats au Dr :

Remarques :

.....

.....

.....

.....

DATE DE LA DEMANDE

VISAS : MEDECIN TRACKING ASSISTANTE