

BILAN DE RECEPTIVITE UTERINE

Commande matériel supplémentaire (si nécessaire, envoi uniquement le mercredi)

ATTENTION : des données incomplètes entraînent un retard de traitement du prélèvement ou un défaut de personnalisation de la stratégie thérapeutique proposée suite à l'analyse

Joindre impérativement la copie des résultats négatifs des sérologies (VIH, hépatite B et C) de moins d'un an pour chaque envoi (afin de justifier du caractère non infectieux si l'enveloppe était ouverte par accident)

➤ **Renseignements personnels**

NOM : Prénom :
 Date de Naissance : Téléphone :
 Mail :
 Adresse :

➤ **Renseignements cliniques**

Date de l'examen : Bilan initial Bilan sous thérapeutique

1-Examen actuel :

Indication : Echecs d'Implantation FIV/ICSI intraconjugale Bilan avant FIV/ICSI
 FCS à répétition Bilan avant don d'ovocytes Echecs d'implantation FIV-DON

Durée des cycles : Jour du cycle :

Envoi au centre de pathologie (pour datation et marquage des cellules uNK) : OUI NON

Examen réalisé sous : Cycle naturel monitoré Cycle substitué Stimulation ovarienne

Si cycle substitué, nombre de jours d'administration du progestatif :

Si bilan sous thérapeutique :

Scratching Corticoïdes Intralipides HBPM hCG lutéal

Autres traitements (préciser la pathologie) :

Epaisseur de l'endomètre :

Index de pulsatilité artère utérine : - IP droite : -IP gauche :

2-Contexte clinique :

Début de l'infertilité : Infertilité Primaire Infertilité Secondaire

Nombre de FCS : Nombre d'enfants nés : IMG (préciser la cause) :

Etiologie de l'infertilité :

Dosage AMH (pg /ml) :

Type et Nombre de Tentatives déjà effectués :

IIU : FIV : ICSI : IMSI : FIV-DON : IIU-D : FIV-D :

Nombre d'embryons total remplacés : AMP intraconjugale à J2/J3 : à J5/J6 :

AMP don de gamète/emb à J2/J3 : à J5/J6 :

Qualité morphologique des embryons TOP Moyenne à bonne Médiocre

3- Prochain traitement envisagé :

FIV/ICSI intraconjugale Transfert d'embryons issu de don (ovocytes ou don d'embryon)
 Transfert d'embryons congelés Monitoring de l'ovulation +/- IIU

Signature de médecin prescripteur (Nom, cachet et mail) :

➤ **Nom et adresse du Médecin pour l'envoi du compte rendu (si différent du prescripteur) :**

.....
