

Fiche 'Renseignement patiente'

Nom du **Dr référent** :

Pour l'envoi du compte-rendu :

Mail du Dr Référent :

Mail de la patiente :

Nom patiente :

Date de naissance :

Taille (m) :

Poids (kg):

Cycle du Win-test :

Naturel (indiquer la durée du cycle)
THS (traitement hormonal de substitution)
 Type/dose estradiol/progestérone administrés / j:

Déclenchement de l'ovulation
Blocage ovarien

Dosages hormonaux pendant la période péri-ovulatoire (si effectué) au jour : [LH]= mUI/ml
 [E2]= pg/ml
 [Pg]= ng/ml

Epaisseur de l'endomètre (mm) pendant la période péri-ovulatoire au jour :

Date du pic de LH : ou **date introduction de la progestérone** (**matin** ou **soir**) :

Dose progestérone administrée / j :

Date de prélèvement de l'échantillon : 1ère biopsie : 2ème biopsie :

Historique des tentatives antérieures (FIV/ICSI, TEC): des exemples sont indiqués

Date	Type (FIV, ICSI, TEC)	Nombre d'embryons transférés	Type d'embryons transférés (J2, J3, J5, J6)	Qualité embryonnaire	Pour les TEC, cycle/moment de remplacement (THS, Pg+ ?, naturel, LH+?) et Type & dose E2/Pg administrée/j	Résultat tentative
05/15	TEC	2	J5	B3BA	THS, Pg+5, Provames 6mg Utrogestan400 mg	Echec d'implantation
				B4BA		

Etiologie de l'infertilité (détailler):

Anomalies utérines : OUI

Si oui, préciser :

NON

Bilan sérologique du VIH et hépatite :

(Joindre la copie des sérologies datant de moins d'un an)

VIH (date, résultats) :

Hépatite B (date, résultats) :

Hépatite C (date, résultats) :

Renseignements supplémentaires (qui vous semblent importants) :

Signature du médecin :