

## 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 :
------------------------