

**FICHE CONGELATION – DECONGELATION
 D'EMBRYONS V2.3**

Cette fiche doit être remplie pour toutes les décongélation, qu'elles aboutissent à un transfert ou non, pour un cycle donné

En bleu les items spécifiques du DPI

Identification

N° DU CENTRE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : <input type="text"/>	
N° DU DOSSIER CLINIQUE : <input type="text"/>	Le numéro du dossier clinique est le numéro de dossier du couple, il identifie de façon unique et permanente un couple au sein d'un centre donné. Il reste identique d'une tentative à l'autre.
N° DU DOSSIER BIOLOGIQUE : <input type="text"/>	Le numéro du dossier biologique est le numéro de la tentative. Il est repris sur les fiches décongélation /congélation d'embryons issues de la ponction initiale et sur les fiches grossesse issues de la tentative ou de la tentative sur embryons congelés.
ACCORD DU COUPLE POUR LA TRANSMISSION DES DONNEES NOMINATIVE : <input type="checkbox"/>	Cet accord doit être demandé à chaque nouveau cycle
Femme : Nom de naissance : <input type="text"/> Nom d'usage : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives n'a pas été obtenu la valeur du jour doit être mis au 15 du mois (ex : 15/03/1973)
Homme : Nom de naissance : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives n'a pas été obtenu la valeur du jour doit être mis au 15 du mois (ex : 15/03/1973).
Pays de résidence du couple : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger Si France, Code postal de résidence du couple : <input type="text"/> Si pays étranger, préciser : <input type="text"/>	Si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives n'a pas été obtenu seul le département est à recueillir.

Santé du couple

<p>Femme :</p> <p>Contexte viral :</p> <p>VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Zika : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Il s'agit de prise en charge de personnes incluses dans le circuit du risque viral et non pas de diagnostic de pathologies virales.</p>
<p>Homme :</p> <p>Contexte viral :</p> <p>VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Zika : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Il s'agit de prise en charge de personnes incluse dans le circuit du risque viral et non pas de diagnostic de pathologies virales.</p>

Embryons

<p>Embryons issus d'un autre centre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, N° du centre clinique et biologique : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Le numéro de l'autre centre clinico-biologique, lieu de provenance des embryons congelés est également composé de 8 chiffres séparés par un _ au milieu (Exemple 4205_4205).</p>
<p>Origine des embryons : <input type="checkbox"/> Intraconjugal <input type="checkbox"/> Don de sperme <input type="checkbox"/> Don d'ovocytes <input type="checkbox"/> Accueil d'embryons</p>	<p>Une seule réponse possible.</p>
<p>Date de la mise en fécondation dont sont issus les embryons : ____ / ____ / _____</p>	<p>Remplir quel que soit le cas, donnée obligatoire</p>
<p>↳ Si Don d'ovocytes ou accueil d'embryons, date de la ponction dont sont issus les embryons : ____ / ____ / _____</p>	<p>Ne pas remplir en cas de don d'ovocytes ou d'accueil d'embryons.</p>
<p>Techniques particulières appliquées aux gamètes :</p> <p>IMSI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>IMSI : Intracytoplasmic Morphological Sperm Injection</p>
<p>MIV : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>MIV : maturation in vitro Ne pas indiquer les maturations in vitro entreprises au seul vu de la qualité des ovocytes recueillis, mais seulement les cycles pour lesquels une MIV était prévue dès le début, avec prélèvement précoce (pour OPK par exemple)</p>
<p>Diagnostic préimplantatoire</p> <p>AMP pour DPI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>AMP dans le cadre de diagnostic préimplantatoire.</p>
<p>↳ Si oui, technique de DPI :</p> <p><input type="checkbox"/> Génétique moléculaire <input type="checkbox"/> Cytogénétique <input type="checkbox"/> Cytogénétique et génétique moléculaire</p>	

Données sur la congélation des embryons faisant l'objet de la décongélation

Stade de congélation : J1	Nombre d'embryons congelés : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre d'embryons ayant résisté à la congélation : <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Il s'agit des données du cycle de ponction/congélation, pour les embryons qui ont été décongelés.</p> <p>Mettre dans chaque case, le nombre d'embryons congelés. Par exemple, si 2 embryons décongelés avaient été congelés à J2 et 1 autre à J3, mettre J2 = 2 et J3 = 1.</p> <p>Nombre d'embryons ayant résisté à la congélation : Il s'agit des embryons ayant résisté à la congélation quel que soit leur capacité de développement en culture ainsi que les caractéristiques génétiques dans le cadre du DPI</p>
J2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
J3	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
J4	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
J5	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
J6	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
J7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Paillettes utilisées :	<input type="checkbox"/> Dites de haute sécurité <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Autre		
Technique utilisée : Vitrification	<input type="checkbox"/> Congélation lente <input type="checkbox"/>		

Cycle de transfert

<p>Préparation du cycle :</p> <p>Type de cycle : <input type="checkbox"/> Cycle naturel <input type="checkbox"/> Cycle stimulé <input type="checkbox"/> Cycle artificiel</p>	<p>Cycle naturel : sans ajout d'analogues ou sans stimulation de la croissance folliculaire (quel que soit le mode de déclenchement).</p> <p>Cycle stimulé : stimulation par gonadotrophines ou anti-estrogènes (ex : citrate de clomifène).</p> <p>Cycle artificiel : séquence estrogène / progestérone.</p>
<p>Agoniste : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	
<p>Antagoniste : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	
<p>Ovulation : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Déclenchée <input type="checkbox"/> Sans objet</p>	<p>Cocher "sans objet" si cycle artificiel</p>
<p>Date d'annulation avant décongélation : ___ / ___ / ____.</p>	<p>Il s'agit de la date de décision d'arrêt avant qu'une décongélation n'ait été faite</p>
<p>Décongélation :</p> <p>Date de décongélation : ___ / ___ / ____</p>	
<p>Date d'éventuelle 2^{ème} décongélation : ___ / ___ / ____</p>	<p>À remplir seulement s'il y a eu dans le même cycle de TEC, une première décongélation (1 ou 2 embryons) suivie d'une deuxième décongélation (1 ou 2 autres embryons).</p>
<p>Nombre total d'embryons ou zygotes décongelés : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>En cas de décongélation en deux temps, faire le total et reporter le nombre total d'embryons décongelés dans cette case.</p>
<p>Nombre d'embryons recongelés à l'issue du cycle : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Nombre d'embryons congelés restant : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Nombre d'embryons congelés encore cryoconservés à l'issue du cycle (incluant les embryons recongelés)</p>
<p>Dans le cadre du DPI :</p>	<p>Item à ne remplir que dans le cadre du DPI</p>
<p>Nombre d'embryons décongelés diagnostiqués avant congélation : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>Nombre d'embryons biopsiés après décongélation <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués après décongélation <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués indemnes de la maladie recherchée après décongélation <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

Transfert

Transfert : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui						
Date de transfert : ____ / ____ / _____						Dans le cas exceptionnel où il y a eu un deuxième transfert 2-3 jours après le premier, mettre la date du premier transfert.
Embryons transférés (Total) :						
Nombre d'embryons décongelés transférés : <input type="text"/> <input type="text"/>						
Embryons :	1	2	3	4	5	
Stade à la congélation :	<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"/> J7	<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"/> J7	<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"/> J7	<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"/> J7	<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"/> J7	
Si zygote, clivage embryonnaire après culture :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	Si transfert au stade zygote sans mise en culture, répondre «ND».
Si embryon, >= 50% de blastomère intacts à la décongélation :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
Blastocystes, (re)expansion :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
Stade au transfert :	<input type="checkbox"/> Zygote <input type="checkbox"/> Embryon <input type="checkbox"/> Morula <input type="checkbox"/> blastocystes	<input type="checkbox"/> Zygote <input type="checkbox"/> Embryon <input type="checkbox"/> Morula <input type="checkbox"/> blastocystes	<input type="checkbox"/> Zygote <input type="checkbox"/> Embryon <input type="checkbox"/> Morula <input type="checkbox"/> blastocystes	<input type="checkbox"/> Zygote <input type="checkbox"/> Embryon <input type="checkbox"/> Morula <input type="checkbox"/> blastocystes	<input type="checkbox"/> Zygote <input type="checkbox"/> Embryon <input type="checkbox"/> Morula <input type="checkbox"/> blastocystes	
Eclosion assistée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Bilan de la grossesse avant 12 SA

Grossesse débutante (hCG>100 UI) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	Il s'agit des grossesses avec hCG positif (hCG supérieur à cent UI (100 UI)).
Grossesse avec activité cardiaque : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	Il s'agit des grossesses avec présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec activité cardiaque à l'échographie entre 4 et 6 semaines après la FIV.
↪ Si oui, date de l'échographie : ____ / ____ / ____	
↪ Si oui, nombre de sacs avec activité cardiaque : <input type="text"/>	
↪ Si oui, nombre total d'embryons : <input type="text"/>	Nombre d'embryons tient également compte des embryons sans activité cardiaque.
↪ Si oui, nombre d'embryons avec activité cardiaque : <input type="text"/>	
Réduction embryonnaire sélective : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ↪ Si oui, nombre d'embryons réduits : <input type="checkbox"/> 1 embryon <input type="checkbox"/> 2 embryons <input type="checkbox"/> 3 embryons ↪ Si oui, date de la réduction embryonnaire : ____ / ____ / ____	Il s'agit de réduction embryonnaire pratiquée pour grossesse multiple hors du cadre de l'IMG sélective pour pathologie fœtale.
FCS complète avant 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP ↪ Si oui, date FCS : ____ / ____ / ____	
GEU : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP ↪ Si oui, <input type="checkbox"/> GEU isolée <input type="checkbox"/> GEU hétérotopique	GEU isolée : Il s'agit de grossesse extra-utérine documentée sans grossesse intra-utérine associée. Grossesse hétérotopique : grossesse intra-utérine associée à une GEU documentée.
Interruption volontaire de grossesse : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Grossesse molaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Interruption médicale de grossesse avant 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Grossesse évolutive >= 12 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	
↪ Si oui : <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Gémellaire <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Quadruple ou plus	

Bilan de la grossesse entre 12 et 40 SA

Ne remplir cette partie que si grossesse évolutive >= 12 SA			
Diagnostic prénatal génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↪ Si oui, prélèvement sur : <input type="checkbox"/> Villosités choriales <input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Sang fœtal		Si anomalie génétique, remplir l'état de l'enfant à la naissance et « anomalies congénitales ».	
↪ Si oui, contrôle du DPI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND		Item à ne remplir que dans le cadre du DPI	
Pathologies de la grossesse	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	
Pathologies de la grossesse	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Prééclampsie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
Diabète apparu pendant la grossesse	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
MAP avec hospitalisation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	MAP : menace d'accouchement prématuré.
Rupture prématurée des membranes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
Placenta praevia	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
Hématome rétro placentaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	
Hospitalisation > 24h pendant la grossesse	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	Hors hospitalisation pour l'accouchement.
Informations documentées par : <input type="checkbox"/> la patiente seule <input type="checkbox"/> un gynécologue obstétricien ou une sage femme qui a assuré le suivi de la grossesse			Cet item permet de connaître l'origine de l'information et sa fiabilité.

<p>IMG sélective : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>IMG sélective : interruption médicale sélective dans le cadre d'une grossesse multiple pour pathologie fœtale.</p>
<p>Accouchement >= 22 SA ou IMG >= 22 SA :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	
<p>↳ Si non : <input type="checkbox"/> FCS complète spontanée après 12 SA <input type="checkbox"/> IMG entre 12 SA-22SA <input type="checkbox"/> issue inconnue</p> <p>↳ Si oui, IMG : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>IMG : interruption médicale complète de grossesse.</p>
<p>Date de fin de grossesse ou accouchement : ___ / ___ / ____</p>	
<p>Maternité de naissance en clair : _____ ou code FINESS : () () () () () () () () () ()</p>	<p>Remplir soit maternité soit le code FINESS géographique.</p>
<p>Code postal de la maternité : () () () () () ()</p>	
<p>Travail : <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenchement <input type="checkbox"/> Césarienne avant travail</p>	
<p>Complications maternelles impliquant le pronostic vital à l'accouchement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Nombre d'enfants nés : () ()</p>	

Enfant n°1

<p>Accouchement : Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p>	
<p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p>	
<p>Enfant : Nom : _____</p>	Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.
<p>Prénom : _____</p>	
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p>	
<p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p>	
<p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p>	
<p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p>	
<p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>MFIU : mort fœtale in utéro Mort-né per partum : mort-né pendant le travail</p>
<p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>	Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant »
<p>Si oui, indiquez la période <input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, diagnostic : _____</p>	Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.
<p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↳ Si oui, diagnostic : _____</p>	Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.

Enfant n°2

<p>Accouchement : Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p>	
<p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p>	
<p>Enfant : Nom : _____</p>	<p>Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.</p>
<p>Prénom : _____</p>	
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p>	
<p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u><u> </u></p>	
<p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p>	
<p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u><u> </u></p>	
<p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↪ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p>
<p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».</p>
<p>Si oui, indiquez la période <input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↪ Si oui, diagnostic : _____</p>	<p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p>
<p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ↪ Si oui, diagnostic : _____</p>	<p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p>

Enfant n°3

<p>Accouchement : Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p>	
<p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p>	
<p>Enfant : Nom : _____</p>	Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.
<p>Prénom : _____</p>	
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p>	
<p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p>	
<p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p>	
<p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u></p>	
<p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p>
<p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>	Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».
<p>Si oui, indiquez la période <input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p>	Renseigner les items de cet encadré quel que soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.
<p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p>	Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.

Enfant n°4

<p>Accouchement : Présentation : <input type="checkbox"/> Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre</p>	
<p>Terminaison : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne</p>	
<p>Enfant : Nom : _____</p>	<p>Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.</p>
<p>Prénom : _____</p>	
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p>	
<p>Taille (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u><u> </u></p>	
<p>Poids (g) : <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u></p>	
<p>Périmètre crânien (cm) : <u> </u><u> </u> . <u> </u><u> </u></p>	
<p>Transfert dans une autre unité ou un autre service : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, service : <input type="checkbox"/> Réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Etat à la naissance : <input type="checkbox"/> Né vivant <input type="checkbox"/> MFIU <input type="checkbox"/> Mort per partum <input type="checkbox"/> Mort né sans précision <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>MFIU : mort fœtale in utéro. Mort-né per partum : mort-né pendant le travail.</p>
<p>Décès pendant la période néonatale (1-27 jrs) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>Renseigner cet item uniquement pour les enfants « Né vivant ».</p>
<p>Si oui, indiquez la période <input type="checkbox"/> Mort néonatale précoce (0-6 jrs) <input type="checkbox"/> Mort néonatale tardive (7-27 jrs) <input type="checkbox"/> ND</p>	
<p>Anomalies congénitales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p>	<p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p>
<p>Anomalies congénitales – IMG / FCS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p> ↳ Si oui, diagnostic : _____</p>	<p>Renseigner les items de cet encadré quelque soit le moment où l'anomalie a été identifiée (in utéro ou non) Diagnostic code CIM10 ou texte en clair.</p>

AMP vigilance

AMP vigilance : Evènement indésirable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	Recouvre toute réaction nocive liée ou susceptible d'être liée aux activités d'AMP (stimulation, ponction, mise en fécondation, transfert, etc...).
Déclaration AMP vigilance : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, numéro de la fiche dans VIGIAMP : _____	