

**FICHE CYCLE DONNEUSE D'OVOCYTES V2.1**

**Cette fiche doit être remplie pour tout cycle débuté en vue de don d'ovocytes (sont exclus ici le don des ovocytes auto-conservés réorientés secondairement vers le don)**

**Identification**

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"/>	
N° DE DONNEUSE : _____	Il s'agit du numéro d'anonymat permanent pour la donneuse.
Premier don <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui si non, nombre de dons antérieurs : <input type="text"/>	
Année de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Profession : <input type="text"/> <input type="text"/> (code INSEE)	Texte ou classification INSEE en 10.
Pays de résidence de la donneuse au moment du don : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger  Si France, département de résidence : <input type="text"/> <input type="text"/>  Si pays étranger, préciser : _____	

### Caractéristiques de la donneuse

Taille (cm) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Poids (kg) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Consommation de tabac : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Si oui, nombre de cigarettes par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Consommation actuelle de tabac.
Pathologies générales : _____	Code CIM10 ou texte en clair. Antécédents médicaux notables, n'ayant pas entraîné l'exclusion du don.
Syndrome des ovaires polykystiques documenté : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	Syndrome des ovaires polykystiques documenté : défini selon les critères de Rotterdam, WHO IIb.
Nombre de grossesses : <input type="text"/> <input type="text"/> si $\geq 1$ , nombre d'enfants : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre total de grossesses antérieures <b>au moment du don</b> , quel que soit le mode de conception ou l'issue de la grossesse.
Antécédent d'AMP : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Si oui, AMP intraconjugale : IIU <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND FIV <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ICSI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Si oui, AMP avec don de sperme : IAD <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND FIV-D <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ICSI-D <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Nombre d'enfants issus d'AMP : <input type="text"/>	

**Cycle**

<p><b>Type de don :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Don exclusif</p> <p><input type="checkbox"/> Don au cours d'une FIV/ICSI</p> <p><input type="checkbox"/> Don avec intention de conservation à usage autologue</p>	<p><b>Don exclusif :</b> ponction réalisée <b>exclusivement</b> pour <b>un</b> don d'ovocytes (sans demande d'autoconservation).</p> <p><b>Don au cours d'une FIV/ICSI :</b> ponction réalisée pour la femme elle-même <b>en vue d'une fécondation in vitro</b>, mais souhaitant donner une partie de ses ovocytes.</p> <p><b>Don avec intention de conservation à usage autologue :</b> ponction réalisée pour des femmes n'ayant pas procréé qui souhaiteraient à la fois donner des ovocytes et en conserver en vue d'une AMP ultérieure.</p> <p><b>En cas de réorientation d'ovocytes auto conservés vers le don, remplir la fiche spécifique (don de deuxième intention).</b></p>
<p><b>Stimulation :</b></p> <p>Cycle programmé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Cycle précédé d'un traitement par œstrogènes et/ou progestatifs, visant à programmer le début de la stimulation ovarienne.</p>
<p>Agonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, protocole : <input type="checkbox"/> long <input type="checkbox"/> court</p> <p>Si protocole long, forme : <input type="checkbox"/> retard <input type="checkbox"/> rapide</p>	
<p>Antagonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui : <input type="checkbox"/> dose initiale unique <input type="checkbox"/> doses multiples</p>	
<p>Citrate de clomifène : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, nombre de comprimés total : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	
<p>Gonadotrophines urinaires : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, FSH nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>Si oui, hMG nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Les doses de gonadotrophines à indiquer sont, pour chaque type de molécule, la somme des doses administrées.</p>
<p>Gonadotrophines recombinantes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, FSH nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>Si oui, LH nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Les doses de gonadotrophines à indiquer sont, pour chaque type de molécule, la somme des doses administrées.</p>
<p>Durée de la stimulation (jours) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	

Déclenchement de l'ovulation : <input type="checkbox"/> HCG urinaire <input type="checkbox"/> HCG recombinante <input type="checkbox"/> Autre	
E2 plasmatique le jour du déclenchement : <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> ND <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/ml	Si l'œstradiol (E2) n'a pas été mesuré le jour du déclenchement, ne pas remplir, même s'il y a eu un dosage la veille ou un autre jour.

<p><b>Annulation :</b></p> <p>Annulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, date d'annulation : ____ / ____ / _____</p> <p>Si oui, motif : <input type="checkbox"/> Mauvaise réponse  <input type="checkbox"/> Hyperstimulation  <input type="checkbox"/> Autre  <input type="checkbox"/> ND</p>	<p><b>Annulation</b> : annulation de tout cycle commencé dès lors qu'un traitement a démarré (analogue ...).</p> <p><b>Mauvaise réponse</b> : insuffisance du nombre et ou de la taille des follicules à l'échographie, ou du taux d'œstradiol, conduisant à renoncer au déclenchement et à la ponction.</p>
<p><b>Ponction :</b></p> <p>Date de la ponction : ____ / ____ / _____</p>	<p>Ne pas remplir en cas d'annulation.</p>
<p>Anesthésie : <input type="checkbox"/> Générale  <input type="checkbox"/> Locale / loco-régionale  <input type="checkbox"/> Analgésie ou neuroleptanalgésie  <input type="checkbox"/> Autre</p>	
<p><b>Ovocytes:</b></p> <p>Nombre total d'ovocytes recueillis :      <u>  </u><u>  </u></p> <p>    Nombre d'ovocytes donnés :           <u>  </u><u>  </u></p> <p>    Nombre d'ovocytes congelés     parmi les ovocytes donnés :        <u>  </u><u>  </u></p> <p>    Si conservation à usage     autologue, nombre d'ovocytes     congelés :                            <u>  </u><u>  </u></p>	<p><b>Nombre total d'ovocytes recueillis</b> : tous les ovocytes recueillis lors de la ponction y compris ceux qui ne seront pas retenus pour le don.</p> <p><b>Nombre d'ovocytes donnés</b> : Nb d'ovocytes donnés au total quels que soient le nombre de couples receveurs et l'utilisation en frais ou en congelés des ovocytes car ces informations seront disponibles dans les fiches receveuses.</p> <p><b>Si conservation à usage autologue</b> : Nb d'ovocytes congelés.</p>

### **AMP vigilance**

<p><b>AMP vigilance :</b></p> <p>Evénement indésirable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>	<p>Recouvre toute réaction nocive liée ou susceptible d'être liée au don (stimulation, ponction).</p>
<p>Une déclaration AMP vigilance a-t-elle été réalisée ? : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, numéro de la fiche dans VIGIAMP : <u>  </u><u>  </u><u>  </u><u>  </u><u>  </u> <u>  </u><u>  </u><u>  </u><u>  </u><u>  </u></p>	