

**FICHE RECEVEUSE D'OVOCYTES DONNES V2.3**
**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° DU DOSSIER CLINIQUE : _____   | 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 : _____   | 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.  |
| <b>Femme :</b><br>Nom de naissance : _____<br>Nom d'usage : _____<br>Prénom : _____  | Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.   |
| Date de naissance :    ___ / ___ / ____  | 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).  |
| Profession : <input type="text"/> <input type="text"/> (code INSEE)  | Texte ou classification INSEE en 10.  |
| <b>Homme :</b><br>Nom de naissance : _____<br>Prénom : _____   | Ces informations sont recueillies uniquement si l'accord du couple pour la transmission des données nominatives a été obtenu.   |
| Date de naissance :    ___ / ___ / ____  | 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).  |
| Profession : <input type="text"/> <input type="text"/> (code INSEE)  | Texte ou classification INSEE en 10.  |
| Pays de résidence du couple : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger<br><br>Si France, Code postal de résidence du couple : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>Si pays étranger, préciser : _____ | 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**

|  |  |
|--|--|
| <b>Femme :</b><br>Taille (cm) : <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>  |  |
| Poids (kg) : <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>   |  |
| Consommation de tabac : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↳ Si oui, nombre de cigarettes par jour : <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>   | Consommation actuelle de tabac.  |
| Contexte viral :<br>VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Zika : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Prise en charge de personnes incluses dans le circuit du risque viral et non pas de diagnostic de pathologies virales. |
| Pathologies générales (en dehors de l'infécondité) : _____   | Code CIM10 ou texte en clair.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Homme</b><br>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<br>↪ Si oui, nombre de cigarettes par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | Consommation actuelle de tabac.   |
| Contexte viral :<br>VIH : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>VHB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>VHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Zika : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Autre virus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Prise en charge de personnes incluses dans le circuit du risque viral et non pas de diagnostic de pathologies virales.                                |
| Pathologies générales (en dehors de l'infécondité) : _____   | Code CIM10 ou texte en clair.   |
| Homme à risque de transmission de maladie génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND  | Risque identifié pour l'homme de transmission à l'enfant d'une pathologie génétique (ex : mucoviscidose, thalassémie, drépanocytose, myopathies....). |
| AMP pour DPI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui   | <a href="#">AMP dans le cadre de diagnostic préimplantatoire.</a>   |
| ↪ Si oui, technique de DPI :<br><input type="checkbox"/> Génétique moléculaire<br><input type="checkbox"/> Cytogénétique<br><input type="checkbox"/> Cytogénétique et génétique moléculaire  |   |

**Indication(s) du don (retenir la principale indication)**

|   |   |
|---|---|
| <p>Femme ovarioprives : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, syndrome de Turner : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, dysgénésies ou agénésies gonadiques autre que Turner : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, castration après chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, insuffisances ovariennes prématurées (IOP) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>  | <p><b>Insuffisances ovariennes prématurées :</b> réunion des trois critères : âge inférieur à 40 ans + aménorrhée d'au moins 4 mois + hypogonadisme hypergonadotrophique.</p> |
| <p>Femmes à risque de transmission de maladie génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p>   |   |
| <p>Insuffisance ovarienne débutante et/ou défaut ovocytaire associé à un statut ovarien perturbé en faveur d'une diminution de la réserve ovarienne : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND</p> <p>↳ Si oui, échecs répétés de stimulations ovariennes différentes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, échecs ou anomalies répétés de fécondation imputable à un facteur ovocytaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, échecs répétés d'implantation imputable à un facteur ovocytaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, autre (préciser) : _____</p> | <p><b>Stimulation ovarienne différentes :</b> mauvaises réponses et/ou annulations successives.</p>   |

**Bilan d'infertilité : FEMME**

|  |  |
|--|--|
| Trompe droite : <input type="checkbox"/> Normale<br><input type="checkbox"/> Altérée<br><input type="checkbox"/> Obturée/absente ou ligaturée<br><input type="checkbox"/> ND   |  |
| Trompe gauche : <input type="checkbox"/> Normale<br><input type="checkbox"/> Altérée<br><input type="checkbox"/> Obturée/absente ou ligaturée<br><input type="checkbox"/> ND   |  |
| Anovulation / dysovulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↪ Si oui, classification : <input type="checkbox"/> WHO I<br><input type="checkbox"/> WHO IIa<br><input type="checkbox"/> WHO IIb (SOPK)<br><input type="checkbox"/> WHO III   | Classification WHO (OMS) 1973 : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ WHO I : Anovulation d'origine centrale</li> <li>▪ WHO IIa : Anovulation / dysovulation eugonadotrope idiopathique ; folliculogénèse inadéquate</li> <li>▪ WHO IIb : Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)</li> <li>▪ WHO IIIa / WHO IIIb : Insuffisance ovarienne stades I et II</li> </ul>   |
| Anomalie de la réserve ovarienne : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND   | Appréciation globale sur la réserve ovarienne en tenant compte des informations apportées par le dosage de la FSH, l'AMH et l'Œstradiol à J3.  |
| Endométriose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↪ Si oui, stade : <input type="checkbox"/> stade 1<br><input type="checkbox"/> stade 2<br><input type="checkbox"/> stade 3<br><input type="checkbox"/> stade 4<br><input type="checkbox"/> ND  | Le score de l'endométriose doit être renseigné selon la classification suivante : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Stade 1</b> : endométriose minime (Score AFS 1 - 5)</li> <li>▪ <b>Stade 2</b> : endométriose modérée (Score AFS 6 - 15)</li> <li>▪ <b>Stade 3</b> : endométriose moyenne (Score AFS 16 - 40)</li> <li>▪ <b>Stade 4</b> : endométriose sévère (Score AFS &gt; 40)</li> </ul> Score AFS (American Fertility Society) |
| <b>Utérus</b><br>Pathologie utérine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↪ Si oui, malformation hors DES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↪ Si oui, utérus DES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↪ Si oui, autre pathologie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |  |
| Pathologie cervicale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↪ Si oui, conisation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↪ Si oui, sténose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↪ Si oui, autre pathologie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                              | Hors pathologie de la glaire.  |
| Indication génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND   |  |
| Indication immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND   |  |

**Bilan d'infertilité : HOMME**

|   |   |
|---|---|
| <b>Fertilité homme :</b><br>Pathologie génito-urinaire congénitale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND  | Antécédents ou données d'examen clinique ou échographique (ABCD, Cryptorchidie...).           |
| Pathologie testiculaire acquise : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND   | <b>Pathologie</b> : torsion, trauma, varicocèle...  |
| Infection urinaire ou génitale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND  |   |
| Indication génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND  |   |
| <b>Investigations génétiques :</b><br>Caryotype : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Non fait  |   |
| Microdélétion du chromosome Y : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non fait   |   |
| OATS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND  |   |
| Azoospermie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br><br>↳ Si Oui : <input type="checkbox"/> Obstructive <input type="checkbox"/> Non-obstructive <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> ND<br>↳ Si Non : Spermogramme du conjoint :<br>Numération (M/ml; 0,000) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Dernier recueilli avant la tentative.<br>Noté 0,000 si azoospermie et dans ce cas uniquement. |
| Mobilité total (%) : <input type="text"/> <input type="text"/>  | A ne pas remplir en cas d'azoospermie.  |
| Progressive A + B (%) : <input type="text"/> <input type="text"/>   | A ne pas remplir en cas d'azoospermie.  |
| Formes typiques (%) : <input type="text"/> <input type="text"/>   | A ne pas remplir en cas d'azoospermie.  |
| Norme : <input type="checkbox"/> David <input type="checkbox"/> Kruger <input type="checkbox"/> ND  | A ne pas remplir en cas d'azoospermie.  |
| Autre anomalie du sperme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br><br>↳ Si oui, nécrospermie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↳ Si oui, auto-anticorps : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↳ Si oui, dyskinésie flagellaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |   |
| Indication immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND  |   |

### **Bilan infécondité : COUPLE**

|   |  |
|---|--|
| Année de début d'infécondité à la 1 <sup>ère</sup> prise en charge en AMP du couple :<br><u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>  | Cette date doit être la plus proche de celle à partir de laquelle le couple a tenté de concevoir un enfant.  |
| <b>Grossesses et accouchements antérieurs – femme (hors couple actuel)</b><br>Nombre de grossesses antérieures hors AMP : <u>    </u> <u>    </u><br>↳ Si ≥ 1, nombre d'enfants : <u>    </u> <u>    </u>   | Il s'agit du nombre total de grossesses de la femme, obtenues avec un autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.                          |
| Nombre de grossesses antérieures après AMP : <u>    </u> <u>    </u><br>↳ Si ≥ 1, nombre d'enfants : <u>    </u> <u>    </u>  | Il s'agit du nombre total de grossesses de la femme, obtenues avec un autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.                          |
| <b>Grossesses et accouchements antérieurs – homme (hors couple actuel)</b><br>Nombre de grossesses antérieures hors AMP : <u>    </u> <u>    </u><br>↳ Si ≥ 1, nombre d'enfants : <u>    </u> <u>    </u>   | Il s'agit, pour l'homme, du nombre de grossesses obtenues avec une autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG.                             |
| Nombre de grossesses antérieures après AMP : <u>    </u> <u>    </u><br>↳ Si ≥ 1, nombre d'enfants : <u>    </u> <u>    </u>  | Il s'agit du nombre total de grossesses antérieures obtenues grâce à l'AMP de l'homme avec une autre partenaire. Il prend en compte les FCS, GEU, IMG. |
| <b>Grossesses et accouchements antérieurs – couple actuel</b><br>Nombre de grossesses antérieures hors AMP : <u>    </u> <u>    </u><br>↳ Si ≥ 1, nombre d'enfants : <u>    </u> <u>    </u>  | Il s'agit du nombre total de grossesses spontanées antérieures du couple. Il tient compte des FCS, GEU, IMG.   |
| Nombre de grossesses antérieures après AMP : <u>    </u> <u>    </u><br>↳ Si ≥ 1, nombre d'enfants : <u>    </u> <u>    </u>  | Il s'agit du nombre total de grossesses antérieures obtenues grâce à l'AMP du couple. Il tient compte des FCS, GEU, IMG.                               |
| Passage en AMP par don après échecs<br>d'inséminations pour le couple : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↳ Si oui, échec d'IAC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↳ Si oui, échec d'IAD : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND |  |

**Cycle - Tentative**

|   |  |
|---|--|
| N° DE DONNEUSE : _____  |  |
| Technique envisagée : <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Autre  |  |
| Nombre de transferts embryonnaires antérieurs issus d'un don d'ovocytes pour ce projet d'enfant :<br>Transfert d'embryons frais : <input type="text"/> <input type="text"/><br>Transfert d'embryons congelés : <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |
| Date de la ponction dont sont issus les ovocytes donnés: ____ / ____ / ____   | <b>Ne pas remplir si les ovocytes donnés étaient initialement conservés pour un usage autologue.</b>   |
| Date de la confirmation du consentement au don : ____ / ____ / ____   | <b>Cet item doit être rempli si les ovocytes donnés étaient initialement auto-conservés pour un usage autologue.</b>   |
| Nombre d'ovocytes décongelés donnés : <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |
| <b>Préparation du cycle :</b><br><input type="checkbox"/> Cycle naturel<br><input type="checkbox"/> Cycle stimulé<br><input type="checkbox"/> Cycle artificiel  | <b>Cycle naturel :</b> cycle à visée mono ou bi-folliculaire avec utilisation éventuelle de gonadotrophines ou antagoniste du GnRH, en phase folliculaire tardive, quel que soit le mode de déclenchement.<br><b>Cycle stimulé :</b> cycle précédé d'un traitement par œstrogènes et/ou progestatifs, visant à programmer le début de la stimulation ovarienne.<br><b>Cycle artificiel :</b> séquence estrogène / progestérone |
| Agonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui   |  |
| Antagonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| Ovulation : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Déclenchée <input type="checkbox"/> Sans objet  |  |
| MIV programmée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  | <b>MIV :</b> maturation in vitro<br>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)  |
| <b>Mise en fécondation :</b><br>Date de mise en fécondation : ____ / ____ / ____<br>Technique utilisée : <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Autre<br>IMSI : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <b>Mixte :</b> lorsqu'il est prévu qu'une partie des ovocytes soit inséminée en FIV et l'autre injectée en ICSI.   |



|   |  |
|---|--|
| <b>Ovocytes :</b><br>Nombre d'ovocytes inséminés (si FIV hors ICSI ou FIV mixte) : <input type="text"/> <input type="text"/>  | A renseigner en cas de FIV classique ou de méthode mixte (FIV classique + ICSI). Dans ces deux cas, indiquer seulement le nombre d'ovocytes inséminés. |
| Nombre d'ovocytes micro injectés (si ICSI ou FIV mixte) : <input type="text"/> <input type="text"/>   | A renseigner en cas d'ICSI ou de méthode mixte (FIV classique + ICSI). Dans ces deux cas, indiquer seulement le nombre d'ovocytes microinjectés.       |
| Etat des ovocytes : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Congelé <input type="checkbox"/> Mixte  |  |
| <b>Sperme de la fécondation, origine et état :</b><br>Origine :<br>Ejaculat : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Déférent : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Epididyme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Testicule : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Urine : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |  |
| Etat : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Congelé <input type="checkbox"/> Mixte   | <b>Mixte</b> : mélange de sperme frais et congelé.   |
| Motif de l'autoconservation :<br>Traitement stérilisant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Cryptozoospermie: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Vasectomie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Risque viral : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Recueil chirurgical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Echec, difficulté de recueil : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Convenance personnelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | A renseigner uniquement si le sperme a été congelé.  |
| <b>Fécondation et culture</b><br>Nombre d'ovocytes matures à J1 (si FIV) : <input type="text"/> <input type="text"/>  | Il s'agit des ovocytes fécondables, en métaphase II (au moins 1 GP) et non atrétiques. Mettre 0 si aucun ovocyte mature obtenu.                        |
| Nombre de zygotes à 2PN (J1) : <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |
| Nombre d'embryons à J2 : <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |
| Nombre d'embryons à J3 : <input type="text"/> <input type="text"/>  | Mettre 0 si aucun obtenu.  |
| Nombre d'embryons mis en culture prolongée (au delà de J3) : <input type="text"/> <input type="text"/>  | Il s'agit de milieux séquentiels ou de coculture.  |
| Nombre de blastocystes obtenus : <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Diagnostic préimplantatoire sur l'embryon frais :</b></p> <p>Nombre d'embryons biopsiés <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons indemnes de la maladie <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p>   | <p>Item à ne remplir que dans le cadre du DPI.</p> <p>Biopsie faite dans le cadre de diagnostics sur embryons frais</p>   |
| <p><b>Utilisation simultanée d'embryons frais et d'embryons congelés :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>↳ Si oui, nombre d'embryons décongelés <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p>   | <p>Concerne les embryons décongelés au vu d'un transfert simultané d'embryons frais et décongelés</p>   |
| <p><b>Diagnostic préimplantatoire sur l'embryon congelé dans le cadre d'utilisation simultanée d'embryons frais et d'embryons congelés :</b></p> <p>Nombre d'embryons biopsiés après décongélation <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués après décongélation <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>↳ Nombre d'embryons diagnostiqués indemnes de la maladie recherchée après décongélation <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> | <p>Item à ne remplir que dans le cadre du DPI.</p> <p>Biopsie faite dans le cadre de diagnostics sur embryons congelés dans le cadre de l'<u>utilisation simultanée d'embryons frais et d'embryons congelés</u></p> |

### Transfert

|   |  |
|---|--|
| <p>Transfert : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>  |  |
| <p>↳ Si non, pas d'embryons transférables : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>    contre-indication : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>    autre cause : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>   | <p><b>Contre-indication :</b> hyperstimulation, polypes...</p> |
| <p>↳ Si oui, date de transfert : <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>↳ Si oui, traitements associés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>    ↳ Si oui, lequel : <input type="checkbox"/> progestatifs</p> <p>                                  <input type="checkbox"/> autre</p> |  |

|   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
| <b>Embryons transférés (Total) :</b><br>Nombre d'embryons transférés : <input type="text"/> |   |   |   |   | Indiquer le nombre total d'embryons transférés, indépendamment de leur stade de transfert. En cas d'absence de transfert, mettre 0.  |
| Embryons :  | 1   | 2   | 3   | 4   |  |
| Stade du transfert :  | <input type="checkbox"/> J1<br><input type="checkbox"/> J2<br><input type="checkbox"/> J3<br><input type="checkbox"/> J4<br><input type="checkbox"/> J5<br><input type="checkbox"/> J6<br><input type="checkbox"/> J7 | <input type="checkbox"/> J1<br><input type="checkbox"/> J2<br><input type="checkbox"/> J3<br><input type="checkbox"/> J4<br><input type="checkbox"/> J5<br><input type="checkbox"/> J6<br><input type="checkbox"/> J7 | <input type="checkbox"/> J1<br><input type="checkbox"/> J2<br><input type="checkbox"/> J3<br><input type="checkbox"/> J4<br><input type="checkbox"/> J5<br><input type="checkbox"/> J6<br><input type="checkbox"/> J7 | <input type="checkbox"/> J1<br><input type="checkbox"/> J2<br><input type="checkbox"/> J3<br><input type="checkbox"/> J4<br><input type="checkbox"/> J5<br><input type="checkbox"/> J6<br><input type="checkbox"/> J7 | Il s'agit du stade de développement au moment du transfert : zygotes, embryons, J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7.  |
| Nombre de cellules (Si embryon) :   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |  |
| Homogénéité des blastomères :   | <input type="checkbox"/> Typique<br><input type="checkbox"/> Atypique   | <input type="checkbox"/> Typique<br><input type="checkbox"/> Atypique   | <input type="checkbox"/> Typique<br><input type="checkbox"/> Atypique   | <input type="checkbox"/> Typique<br><input type="checkbox"/> Atypique   |  |
| % de fragmentation :  | <input type="checkbox"/> < 10 %<br><input type="checkbox"/> 10–50 %<br><input type="checkbox"/> > 50 %  | <input type="checkbox"/> < 10 %<br><input type="checkbox"/> 10–50 %<br><input type="checkbox"/> > 50 %  | <input type="checkbox"/> < 10 %<br><input type="checkbox"/> 10–50 %<br><input type="checkbox"/> > 50 %  | <input type="checkbox"/> < 10 %<br><input type="checkbox"/> 10–50 %<br><input type="checkbox"/> > 50 %  |  |
| Si blastocystes :   | <input type="checkbox"/> B1<br><input type="checkbox"/> B2<br><input type="checkbox"/> B3<br><input type="checkbox"/> B4<br><input type="checkbox"/> B5<br><input type="checkbox"/> B6<br><input type="checkbox"/> B7 | <input type="checkbox"/> B1<br><input type="checkbox"/> B2<br><input type="checkbox"/> B3<br><input type="checkbox"/> B4<br><input type="checkbox"/> B5<br><input type="checkbox"/> B6<br><input type="checkbox"/> B7 | <input type="checkbox"/> B1<br><input type="checkbox"/> B2<br><input type="checkbox"/> B3<br><input type="checkbox"/> B4<br><input type="checkbox"/> B5<br><input type="checkbox"/> B6<br><input type="checkbox"/> B7 | <input type="checkbox"/> B1<br><input type="checkbox"/> B2<br><input type="checkbox"/> B3<br><input type="checkbox"/> B4<br><input type="checkbox"/> B5<br><input type="checkbox"/> B6<br><input type="checkbox"/> B7 | Classification des blastocystes selon Gardner (Ref : Fertil Steril 2000, 73, 1155-1158) : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>B1</b> : Blastocyste précoce, avec un blastocèle occupant moins de la moitié du volume de l'embryon</li> <li>▪ <b>B2</b> : Blastocyste dont le blastocèle occupe plus de la moitié du volume de l'embryon</li> <li>▪ <b>B3</b> : Blastocyste complet dont la cavité emplit tout l'embryon</li> <li>▪ <b>B4</b> : Blastocyste expansé dont le volume excède celui de l'embryon normal, avec une zone pellucide d'épaisseur réduite</li> <li>▪ <b>B5</b> : Blastocyste en cours d'éclosion, dont le trophoctoderme est en train de se hernier hors de la pellucide</li> <li>▪ <b>B6</b> : Blastocyste éclos, totalement sorti de sa pellucide</li> <li>▪ <b>B7</b> : Morula</li> </ul> |
| Éclosion assistée :   | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui  |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Congélation :</b>   |   | Indiquer le nombre total, indépendamment du stade de développement au moment de la congélation.   |
| Nombre total de zygotes, embryons, blastocystes congelés : <input type="text"/> <input type="text"/> |   |   |
| ↳ Nombre d'embryons congelés avant biopsie : <input type="text"/> <input type="text"/>               |   | Item à ne remplir que dans le cadre du DPI  |
| ↳ Nombre d'embryons congelés après biopsie : <input type="text"/> <input type="text"/>               |   |   |
| ↳ dont nombre d'embryons congelés sans diagnostic : <input type="text"/> <input type="text"/>        |   |   |
| Stade de congélation :   | Nombre d'embryons congelés :              | A renseigner pour tous les embryons congelés (le stade de congélation peut être différent d'un embryon à l'autre).<br>Exemple : si deux embryons ont été congelés à J3 et un autre à J5, mettre J3 = 2 et J5 = 1. |
| J1   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| J2   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| J3   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| J4   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| J5   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| J6   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| J7   | <input type="text"/> <input type="text"/> |   |

**Bilan de la grossesse avant 12 SA**

|   |   |
|---|---|
| <b>Grossesse débutante (hCG&gt;100 UI) :</b> <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 <b>cent</b> UI (100 UI)).  |
| <b>Grossesse avec activité cardiaque :</b> <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"/>  |   |
| <b>Réduction embryonnaire sélective :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>↪ Si oui, nombre d'embryons réduits : <input type="checkbox"/> 1 embryon<br><input type="checkbox"/> 2 embryons<br><input type="checkbox"/> 3 embryons<br>↪ 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.  |
| <b>FCS complète avant 12 SA :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP<br>↪ Si oui, date FCS :    ____ / ____ / ____  |   |
| <b>GEU :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP<br>↪ Si oui, <input type="checkbox"/> GEU isolée <input type="checkbox"/> GEU hétérotopique   | <b>GEU isolée :</b> Il s'agit de grossesse extra-utérine documentée sans grossesse intra-utérine associée.<br><b>Grossesse hétérotopique :</b> grossesse intra-utérine associée à une GEU documentée. |
| <b>Interruption volontaire de grossesse :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui   |   |
| <b>Grossesse molaire :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |   |
| <b>Interruption médicale de grossesse avant 12 SA :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui   |   |
| <b>Grossesse évolutive &gt;= 12 SA :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue   |   |
| ↪ Si oui : <input type="checkbox"/> Unique<br><input type="checkbox"/> Gémellaire<br><input type="checkbox"/> Triple<br><input type="checkbox"/> Quadruple ou plus  |   |

**Bilan de la grossesse entre 12 et 40 SA**

| <b>Ne remplir cette partie que si grossesse évolutive &gt;= 12 SA</b>  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>Diagnostic prénatal génétique :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND<br>↪ Si oui, prélèvement sur : <input type="checkbox"/> Villosités chorales<br><input type="checkbox"/> Liquide amniotique<br><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  |   |
| <b>Pathologies de la grossesse</b>   | 2 <sup>ème</sup> trimestre  | 3 <sup>ème</sup> 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<br><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.                        |   |

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

**Enfant n°1**

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



**Enfant n°2**

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

**Enfant n°3**

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

**Enfant n°4**

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

**AMP vigilance**

|  |   |
|--|---|
| <b>AMP vigilance :</b><br>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<br><br>Si oui, numéro de la fiche dans VIGIAMP : _____ |   |