

**FICHE CYCLE DONNEUSE D'OVOCYTES V2.2**

***Cette fiche doit être remplie pour tout cycle débuté en vue de don d'ovocytes (est exclu ici le don d'ovocytes préalablement auto-conservés et réorientés secondairement vers le don)***

**Identification**

N° DU CENTRE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : <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 au moment du don, quel que soit le mode de conception ou l'issue de la grossesse.
Nombre d'accouchements antérieurs : accouchements $\geq 22$ SA ou IMG $\geq 22$ SA : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre total d'accouchements antérieurs au moment du don, quel que soit le mode de conception ou l'issue de l'accouchement
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 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND 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 exclusivement pour un 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 en vue d'une fécondation in vitro, 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>En cas de réorientation d'ovocytes auto conservés vers le don, remplir la fiche spécifique (don de deuxième intention).</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.

<b>Annulation :</b> Annulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, date d'annulation : ____ / ____ / ____ Si oui, motif : <input type="checkbox"/> Mauvaise réponse <input type="checkbox"/> Hyperstimulation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> ND	<b>Annulation :</b> annulation de tout cycle commencé dès lors qu'un traitement a démarré (analogue ...).  <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.
<b>Ponction :</b> Date de la ponction : ____ / ____ / ____	Ne pas remplir en cas d'annulation.
Anesthésie : <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Locale / loco-régionale <input type="checkbox"/> Analgésie ou neuroleptanalgésie <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Ovocytes:</b> Nombre total d'ovocytes recueillis : <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre d'ovocytes donnés : <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre d'ovocytes congelés parmi les ovocytes donnés : <input type="text"/> <input type="text"/> Si conservation à usage autologue, nombre d'ovocytes congelés : <input type="text"/> <input type="text"/>	<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.  <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.  <b>Si conservation à usage autologue :</b> Nb d'ovocytes congelés.

### AMP vigilance

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