

## **FICHE INSEMINATION**

### **Contexte :**

L'agence de la biomédecine a pour mission de suivre et d'évaluer les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Pour ce faire, les centres et laboratoires d'AMP envoient leurs données d'activité à l'Agence tous les ans, sous forme de rapports agrégés et de données individuelles issues d'un registre pour les centres cliniques.

L'activité des centres et laboratoires d'AMP est décrite annuellement à partir des données issues des rapports d'activité agrégés. L'agence évalue également l'activité de FIV des centres d'AMP depuis 2010 à partir des données issues des rapports agrégés et depuis 2013 à partir des données individuelles du Registre national des FIV. L'activité des laboratoires d'insémination artificielle est quant à elle évaluée depuis 2012 à partir des données issues des rapports d'activités agrégées. Cependant, la seule caractéristique de la patientèle disponible est l'âge, en classe d'âge. Un registre permettrait d'une part de prendre en compte l'âge au niveau individuel de chaque femme et non plus la moyenne d'âge au niveau du laboratoire, ce qui aboutirait à des analyses plus précises et d'autre part de considérer d'autres caractéristiques de la patientèle, comme les antécédents de grossesse, l'indication d'AMP, le contexte viral, etc., ce qui améliorerait les analyses.

### **Objectifs :**

- Le premier objectif est de pouvoir réaliser le rapport d'activité annuel à partir des données du registre. Ceci permettrait aux laboratoires d'insémination d'envoyer un seul rapport au lieu de deux. Les contrôles se feraient cycle par cycle, ce qui est plus simple que des contrôles au niveau agrégé.
- Le deuxième objectif est de pouvoir approfondir et améliorer l'évaluation des résultats de l'activité d'insémination en tenant compte des différentes caractéristiques de la patientèle.

### **Critères d'inclusion :**

- Les actes d'insémination artificielle (hors exclusion des annulations par le laboratoire ou le gynécologue)
- Les inséminations intra-utérines, intraconjugales ou avec sperme de donneur et les inséminations intra-cervicales avec donneur.

## Annexe 2

Fiche d'aide à la saisie  
A compléter lors de chaque cycle

### Identification

N° DU LABORATOIRE [ ][ ][ ][ ]	
N° DU DOSSIER CLINIQUE : _____	Ne remplir que pour les centres de FIV. N° de dossier du couple dans le laboratoire, il reste identique d'un cycle à l'autre pour un même couple
N° DU DOSSIER BIOLOGIQUE : _____	N° de l'insémination
ACCORD DU COUPLE POUR LA TRANSMISSION DES DONNEES NOMINATIVE <input type="checkbox"/>	Cet accord doit être demandé à chaque nouveau cycle
<b>Femme :</b> Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ 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)
<b>Homme :</b> Nom de naissance : _____ 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)

### Santé du couple

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

## Annexe 2

Fiche d'aide à la saisie  
À compléter lors de chaque cycle

### **SPERMOGRAMME DE BILAN**

Concentration (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"/>	Noter 0,000 si azoospermie
Volume (ml) :	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	
Vitalité (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Mobilité total (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Progressive A + B (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Formes typiques (%) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Norme :	<input type="checkbox"/> David <input type="checkbox"/> Kruger (OMS) <input type="checkbox"/> ND	

### **Bilan infécondité**

Année de début d'infécondité à la 1 <sup>ère</sup> prise en charge en AMP du couple :  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cette date doit être la plus proche de celle à partir de laquelle le couple a tenté de concevoir un enfant. Elle doit débiter à la date de début de l'exposition à la grossesse et non à la date du mariage (ou de la vie commune), ni avant une naissance précédente hors AMP ou d'une autre date. Dans le cas où la dernière grossesse s'est terminée par une FCS ou une GEU considérer comme date de début celle du désir d'enfant qui a abouti cette FCS / GEU.
Nombre de grossesses de la femme : <input type="text"/> <input type="text"/> Si > 0, nombre d'enfants : <input type="text"/> <input type="text"/>	Antécédents de grossesse de la femme, quelle que soit l'origine de la grossesse (spontanée, insémination ou FIV)
Nombre d'inséminations antérieures pour ce projet d'enfant : <input type="text"/> <input type="text"/>	Indiquer le nombre total de cycles d'insémination pour le projet actuel (réalisé en dehors ou dans votre centre).
<b>Indication concernant le couple :</b> Inexpliquée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Echec de FIV intraconjugale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Quelle que soit la raison (échec d'ICSI ou échec de stimulation)
<b>Indication féminine :</b> Cervicale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Tubaire relative <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Endométriose : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dysovulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Ne remplir qu'en cas d'indication féminine. Plusieurs indications possibles.
<b>Indication masculine :</b> OATS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Génétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Immunologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Ne remplir qu'en cas d'indication masculine. Plusieurs indications possibles.

## Annexe 2

Fiche d'aide à la saisie  
A compléter lors de chaque cycle

### Cycle - Tentative

Origine du sperme : <input type="checkbox"/> Intraconjugale <input type="checkbox"/> Don de sperme	
Si intraconjugal, indiquer l'état du sperme : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Congelé	
Si utilisation de sperme congelé, motif de l'autoconservation : Traitement stérilisant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Vasectomie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Risque viral : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Echec, difficulté de recueil : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Ne renseigner qu'en cas d'utilisation de sperme congelé
Si don de sperme, indiquer la technique : <input type="checkbox"/> intra cervicale / <input type="checkbox"/> intra utérine	

<b>Stimulation (du cycle actuel) :</b> Cycle naturel : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cycle avec ou sans déclenchement mais SANS utilisation de gonadotrophines ou analogue du GnRH.
Cycle stimulé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, anti-œstrogènes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui gonadotrophines <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui analogue de la GnRH <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Les analogues de la GnRH concernent les agonistes ou les antagonistes. A prendre en compte hors déclenchement
<b>Insémination:</b> Date de l'insémination : ___ / ___ / ____	
Nombre de spermatozoïdes mobiles inséminés : <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	Indiquer le nombre total en million
Date de l'échographie : ___ / ___ / ____	
Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm : <input type="text"/> <input type="text"/>	

## Annexe 2

Fiche d'aide à la saisie  
A compléter lors de chaque cycle

### 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>Perdue de vue</b> : Patiente perdue de vue après le début du cycle
<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. <b>Perdue de vue</b> : patiente perdue de vue après le diagnostic d'une grossesse débutante
<b>Réduction embryonnaire sélective :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	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	<b>NSP</b> : Ne sait pas
<b>GEU :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NSP	Il s'agit de grossesse extra-utérine documentée sans grossesse intra-utérine associée. <b>NSP</b> : Ne sait pas
<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	

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

<b>Grossesse évolutive ≥ 12 SA :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	
<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 ≥ 22 SA ou IMG ≥ 22 SA :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Perdue de vue	Accouchement ≥ 22SA ou ≥ 500g, y compris les IMG ≥ 22 SA
Si non : <input type="checkbox"/> FCS complète spontanée après 12 SA <input type="checkbox"/> IMG de 12 à 21 SA <input type="checkbox"/> Perdue de vue  Si oui : IMG ≥ 22 SA : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>FCS</b> : Fausse couche <b>IMG</b> : interruption médicale complète de grossesse.
<b>Date de fin de grossesse ou d'accouchement :</b> ____ / ____ / ____	
Nombre d'enfants nés : <input type="text"/> <input type="text"/>	

**Annexe 2**

Fiche d'aide à la saisie  
A compléter lors de chaque cycle

**Enfant n°1: ne pas renseigner en cas d'IMG  $\geq$  22 SA complète**

Enfant né vivant :       Non     Oui

**Enfant n°2: ne pas renseigner en cas d'IMG  $\geq$  22 SA complète**

Enfant né vivant :       Non     Oui

**Enfant n°3: ne pas renseigner en cas d'IMG  $\geq$  22 SA complète**

Enfant né vivant :       Non     Oui