INSEMINATION INTRA UTERINE

Fiche CLINIQUE (www.amp93.com->Documentation->Consentements)

Laboratoire ZERAH TAAR PFEFFER	*Ref.*	
Rédaction : **Georges MOYER** *Cadre Bio Technicien AMP*	*Approbation :* **Dr Jean Paul TAAR** *Biologiste*	*Validation :* **Dr Jérôme PFEFFER** *Biologiste -RAQ*
*Date : **25 janvier 2010***	*Date : **30 Janvier 2010***	*Date : **30 Janvier 2010***
Signature :	*Signature :*	*Signature :*

Date :

MONSIEUR	MADAME
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance	Date de naissance :

☞**MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

(Ordonnance à joindre)

RESERVE OVARIENNE (J3): *Estradiol :* *LH :*
FSH : *AMH :*

☞**TECHNIQUE D'AMP PREVUE :**

☐ **Insémination avec Conjoint (IAC)** **Rang :**

☐ **Insémination avec Donneur (IAD)**

☞**INDICATION DE L'A.M .P :**

Avec Durée Infertilité :

STIMULATION OVARIENNE :

☐ Gonal ☐ Puregon
☐ Fostimon ☐ Ménopur
☐ *Autres*

☞ : Renseignement OBLIGATOIRES demandés par l'ARH

suivant le respect du guide des bonnes pratiques Cliniques et Biologiques en AMP