



A envoyer à chaque TENTATIVE – (PONCTIONS/TEC)
Par mail : secetaire.cfep@free.fr ET ampdhuys@free.fr
Fax : 01.43.60.03.13

++++AVANT le DEBUT des INJECTIONS+++

Nom du MEDECIN				1	
NOM/ Prénom/ DDN	MADAME	Naissance			2
		Epouse			3
	MONSIEUR				3
Date de DEBUT des INJECTIONS					4
Date de la 1ere ECHO					5
Consentements donnés ? ABM-IIU-PO-ICSI-TEC		NON		OUI	6
<i>Libre accès sur ww.amp93.com</i>					
Date Sérologies MADAME				7	
<i>Si 1^{ère} TENTATIVE < 3 mois date tentative, TOXO ET RUBEOLE avec proposition Vaccination</i>					
Date Sérologies MONSIEUR				8	
Date Spermogramme				9	
REUNION PATIENT 1 ^{ère} tentative	NON		OUI		10
Si EXPOSTION PARTICULIERE à un risque infectieux spécifique	ZIKA	NON		OUI	
	HTLV	NON		OUI	