



A envoyer à chaque TENTATIVE – (PONCTIONS/TEC)
Par mail : secrtaire.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		
	MONSIEUR			3
Date de DEBUT des INJECTIONS				4
Date de la 1ere ECHO				5
Consentements donnés ? ABM-IIU-PO-ICSI-TEC			<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI	6
Libre accès sur ww.amp93.com				
Date Sérologies MADAME				7
Si 1 ^{ère} TENTATIVE < 3 mois date tentative, TOXO ET RUBEOLE avec proposition Vaccination				
Date Sérologies MONSIEUR				8
Date Spermogramme				9
REUNION PATIENT 1^{ère} tentative		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI		
Si EXPOSTION PARTICULIERE à un risque infectieux spécifique		ZIKA	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI	10
		HTLV	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI	