

# FICHE CLINICO-BIO

A-C1-ENR-076-02



à Transmettre au Labo AVANT la mise en Route  
du Monitoring : [ampdhuys@free.fr](mailto:ampdhuys@free.fr) ou Fax  
0143631897

NOM de **NAISSANCE** Patiente:

MARITAL

Profession:

DDN :

NOM Conjoint

Né le:

Profession:

## BILAN COUPLE

Infertilité primaire:

Infertilité secondaire:

Année de début d'infécondité pour le couple :

Indication:

Féminine:

Masculine:

Mixte:

Inexpliquée:

Type :

Tubaire:

Ovulatoire:

Endométriose:

Utérine:

Cervicale:

Insuffisance ovarienne:

Masculine:

Idiopathique:

Autre:

Antécédents (AMP):

Enfants nés:

GEU:

FCS:

IMG:

IVG:

Antécédents (spontané):

Enfants nés:

GEU:

FCS:

IMG:

IVG:

## BILAN FEMME

### Statut ovulatoire

Normal - OPK - IO - DYS - ANO

### Durée du cycle

Régulier:  Irrégulier:

Court:  Spanioménorrhée:  Aménorrhée:

### Statut corporel

Poids:

Taille:

BMI:

### Prise de tabac

Jamais:

Oui maintenant:

Oui avant:

Nbre cigarettes/jour:

### Trompes

Hystérogaphie

### Utérus

Normal - Myomes - Synechies

### Divers

Endométriose: Oui:  Non:

Stade AFS: I:  II:  III:  IV:

### Bilan hormonal

FSH:

LH:

E2:

Prog:

AMH (ng/ml):

Prolactine:

Echo J3 Nb de follicules antraux:

### Génétique

Caryotype: Normal:  Anormal:

### Antécédents

ATCD (hors couple): Enf.nés:  GEU:  FCS:   
IMG:  IVG:

ATCD médicaux:

ATCD chirurgicaux:

Allergies:

## BILAN HOMME

### Statut corporel

Poids:

Taille:

BMI:

### Prise de tabac

Jamais:

Oui maintenant:

Oui avant:

### Spermogramme - Bilan Andrologique

Sperme normal:

OAT modérée:

OAT sévère:

Cryptozoospermie:

Azoospermie:

Obstructive:

Non obstructive:

Mixte:

### TMS

Date:

Spz Progressifs :

Survie (%):

### Spermoculture

Date:

Résultat: Négatif:  Positif:

Si positif, type de germe:

### Génétique

Caryotype: Normal:  Anormal:

Pas demandé (car pas d'indication):

Autre: Muco:  - Frag Spz:  - Del Chr Y:

Resultats:

## REUNION INFORMATION

INSCRIPTION :

Oui

-

Non

## Antécédents

ATCD (hors couple): Enf.nés:  GEU:  FCS:   
IMG:  IVG:

ATCD médicaux:

ATCD chirurgicaux:

Allergies:

## INDICATION AMP Proposée

IIU

FIV

MIXTE

ISCI

IMSI

## Validation BIOLOGIQUE

Date :

VALIDATION :

OUI

NON

**Si Non** Modification proposée :

CLINICIEN AMP :

BIOLOGISTE AMP :