



FORMULAIRE N°2 DU DOSSIER CLINICO BIOLOGIQUE

Informations légales (Arrêté du 3 août 2010 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation)

**A remplir par le gynécologue et à faxer au laboratoire Bethesda-Sleidan
(03.88.14.46.21)
le jour du déclenchement de l'ovulation**

Madame :	Monsieur :
Nom de naissance	Nom de naissance
Nom d'usage	
Prénom	Prénom
Date de naissance :	Date de naissance :

Stimulation

Rang de la tentative :

Cycle naturel	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Cycle stimulé	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si oui, anti-oestrogènes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Gonadotrophines	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Analogues de la GnRH	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Date de l'échographie :/...../.....

Nombre de follicules supérieur ou égaux à 15 mm :

Ne pas déclencher si plus de 3 follicules matures

Déclenchement de l'ovulation

Pic spontané de LH hCG
Date/...../..... Heure :h.....

Evènement indésirable survenu lors de la stimulation Oui Non

Si oui,
préciser.....

Fait à Strasbourg, le/...../.....

Cachet et signature du médecin