



DOSSIER D'INFORMATION SUR L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

FORMULAIRE N°1 DU DOSSIER CLINICO BIOLOGIQUE

A remplir par le médecin, à faire signer par le couple

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

Année de début d'infécondité à la 1ère prise en charge en AMP du couple :/...../.....

Nombre de grossesses de la femme : Si > 0, nombre d'enfants :

Indication du couple : **Indication féminine :** **Indication masculine :**

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inexpliquée | <input type="checkbox"/> Infertilité cervicale | <input type="checkbox"/> OATS |
| | <input type="checkbox"/> Tubaire relative | <input type="checkbox"/> Génétique |
| | <input type="checkbox"/> Endométriose | <input type="checkbox"/> Immunologique |
| | <input type="checkbox"/> Dysovulation | <input type="checkbox"/> Autre |
| | <input type="checkbox"/> Autre :..... | |

Tests de sécurité sanitaire chez les deux membres du couple

Sérologies:

- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH1/VIH2)
- Hépatite B (VHB) (antigène HBs, anticorps anti-HBc et anti-HBs),
- Hépatite C (VHC)
- Syphilis (TPHA, VDRL)
- Rubéole (uniquement pour la femme)
- Toxoplasmose (uniquement pour la femme)
- +/- HTLV

Bilan féminin

- Compte rendu de l'hystérosalpingographie
- Exploration du cycle et du statut ovarien

Bilan masculin

- Un spermogramme-spermocytogramme
- Une spermoculture récente (<6 mois)
- Un test de migration-survie des spermatozoïdes

Atteste avoir donné les informations légales sur l'Assistance Médicale à la Procréation

Fait à Strasbourg, le/...../.....

Cachet et signature du médecin

Signatures des **deux membres** du couple précédées de la mention "**Lu et Approuvé**"

Madame

Monsieur