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 :

☐ Inexpliquée

Indication féminine :

☐ Infertilité cervicale
☐ Tubaire relative
☐ Endométriose
☐ Dysovulation
☐Autre :……

Indication masculine :

☐ OATS
☐ Génétique
☐ Immunologique
☐ 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 / ZIKA

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**