

Fiche Clinico-Biologique IAC/IAD

Fax: 01 47 70 77 79

Unité d'AMP Drouot Paris

Autorisé sous le N° 75-287

N1-ENR07-06

Date d'approbation: 22/01/2024

Madame:	Monsieur/Madame*:
Née le :	Né(e) le :
Tentative en date	
Bilan infécondité	
Année de début d'infécondité à la 1ère prise en charge en AMP du couple :	
Nombre de grossesse de la femme : si >0, nombre d'enfants	
Nombre d'inséminations antérieures pour ce projet d'enfant :	
Indication concern	
Inexpliquée : ☐ non ☐ oui	
Echec de FIV intraconjugale : □ non □ oui	
Indication féminir	n <u>e</u> □ non □ oui
Cervicale : Tubaire relative :	
Endométriose :	
Dysovulation :	
Autre:	
Indication mascul OATS:	ine □ non □ oui
Génétique : Immunologique :	
Autre:	
rune.	
Stimulation du cycle actuel	
Cycle naturel	□ non □ oui
Cycle stimulé	□ non □ oui
Si oui,	anti-oestrogènes □ non □ oui
	Gonadotrophines □ non □ oui
	Analogue de la GnRH □ non □ oui
<u>Insémination</u>	
Date de l'échographie Nombre de follicules supérieurs ou égaux à 15 mm :	
- Nombre de tollicu	ues superieurs ou égaux à 15 mm · l

* Rayer la mention inutile - Ce document est à rapporter au laboratoire Drouot le jour de l'I.A.C/I.A.D, avec la demande d'A.M.P, les consentements, copie du livret famille ou certificat de concubinage, et les pièces d'identité du couple