

FICHE CYCLE DONNEUSE D'OVOCYTES V2.2

Cette fiche doit être remplie pour tout cycle débuté en vue de don d'ovocytes (est exclu ici le don d'ovocytes préalablement auto-conservés et réorientés secondairement vers le don)

Identification

N° DU CENTRE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
N° DE DONNEUSE : _____	Il s'agit du numéro d'anonymat permanent pour la donneuse.
Premier don <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui si non, nombre de dons antérieurs : <input type="text"/>	
Année de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Profession : <input type="text"/> <input type="text"/> (code INSEE)	Texte ou classification INSEE en 10.
Pays de résidence de la donneuse au moment du don : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger Si France, département de résidence : <input type="text"/> <input type="text"/> Si pays étranger, préciser : _____	

Caractéristiques de la donneuse

Taille (cm) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Poids (kg) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Consommation de tabac : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Si oui, nombre de cigarettes par jour : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Consommation actuelle de tabac.
Pathologies générales : _____	Code CIM10 ou texte en clair. Antécédents médicaux notables, n'ayant pas entraîné l'exclusion du don.
Syndrome des ovaires polykystiques documenté : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	Syndrome des ovaires polykystiques documenté : défini selon les critères de Rotterdam, WHO IIb.
Nombre de grossesses : <input type="text"/> <input type="text"/> si ≥ 1 , nombre d'enfants : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre total de grossesses antérieures au moment du don, quel que soit le mode de conception ou l'issue de la grossesse.
Nombre d'accouchements antérieurs : accouchements ≥ 22 SA ou IMG ≥ 22 SA : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre total d'accouchements antérieurs au moment du don, quel que soit le mode de conception ou l'issue de l'accouchement
Antécédent d'AMP : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Si oui, AMP intraconjugale : IIU <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND FIV <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ICSI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Si oui, AMP avec don de sperme : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND IAD <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND FIV-D <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND ICSI-D <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND Nombre d'enfants issus d'AMP : <input type="text"/>	

Cycle

<p>Type de don :</p> <p><input type="checkbox"/> Don exclusif</p> <p><input type="checkbox"/> Don au cours d'une FIV/ICSI</p> <p><input type="checkbox"/> Don avec intention de conservation à usage autologue</p>	<p>Don exclusif : ponction réalisée exclusivement pour un don d'ovocytes (sans demande d'autoconservation).</p> <p>Don au cours d'une FIV/ICSI : ponction réalisée pour la femme elle-même en vue d'une fécondation in vitro, mais souhaitant donner une partie de ses ovocytes.</p> <p>Don avec intention de conservation à usage autologue : ponction réalisée pour des femmes n'ayant pas procréé qui souhaiteraient à la fois donner des ovocytes et en conserver en vue d'une AMP ultérieure.</p> <p>En cas de réorientation d'ovocytes auto conservés vers le don, remplir la fiche spécifique (don de deuxième intention).</p>
<p>Stimulation :</p> <p>Cycle programmé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Cycle précédé d'un traitement par œstrogènes et/ou progestatifs, visant à programmer le début de la stimulation ovarienne.</p>
<p>Agonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, protocole : <input type="checkbox"/> long <input type="checkbox"/> court</p> <p>Si protocole long, forme : <input type="checkbox"/> retard <input type="checkbox"/> rapide</p>	
<p>Antagonistes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui : <input type="checkbox"/> dose initiale unique <input type="checkbox"/> doses multiples</p>	
<p>Citrate de clomifène : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, nombre de comprimés total : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	
<p>Gonadotrophines urinaires : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, FSH nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>Si oui, hMG nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Les doses de gonadotrophines à indiquer sont, pour chaque type de molécule, la somme des doses administrées.</p>
<p>Gonadotrophines recombinantes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, FSH nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>Si oui, LH nombre total (UI) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	<p>Les doses de gonadotrophines à indiquer sont, pour chaque type de molécule, la somme des doses administrées.</p>
<p>Durée de la stimulation (jours) : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p>	

Déclenchement de l'ovulation : <input type="checkbox"/> HCG urinaire <input type="checkbox"/> HCG recombinante <input type="checkbox"/> Autre	
E2 plasmatique le jour du déclenchement : <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> ND <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/ml	Si l'œstradiol (E2) n'a pas été mesuré le jour du déclenchement, ne pas remplir, même s'il y a eu un dosage la veille ou un autre jour.

Annulation : Annulation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, date d'annulation : ____ / ____ / ____ Si oui, motif : <input type="checkbox"/> Mauvaise réponse <input type="checkbox"/> Hyperstimulation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> ND	Annulation : annulation de tout cycle commencé dès lors qu'un traitement a démarré (analogue ...). Mauvaise réponse : insuffisance du nombre et ou de la taille des follicules à l'échographie, ou du taux d'œstradiol, conduisant à renoncer au déclenchement et à la ponction.
Ponction : Date de la ponction : ____ / ____ / ____	Ne pas remplir en cas d'annulation.
Anesthésie : <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Locale / loco-régionale <input type="checkbox"/> Analgésie ou neuroleptanalgésie <input type="checkbox"/> Autre	
Ovocytes: Nombre total d'ovocytes recueillis : <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre d'ovocytes donnés : <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre d'ovocytes congelés parmi les ovocytes donnés : <input type="text"/> <input type="text"/> Si conservation à usage autologue, nombre d'ovocytes congelés : <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre total d'ovocytes recueillis : tous les ovocytes recueillis lors de la ponction y compris ceux qui ne seront pas retenus pour le don. Nombre d'ovocytes donnés : Nb d'ovocytes donnés au total quels que soient le nombre de couples receveurs et l'utilisation en frais ou en congelés des ovocytes car ces informations seront disponibles dans les fiches receveuses. Si conservation à usage autologue : Nb d'ovocytes congelés.

AMP vigilance

AMP vigilance : Evénement indésirable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ND	Recouvre toute réaction nocive liée ou susceptible d'être liée au don (stimulation, ponction).
Une déclaration AMP vigilance a-t-elle été réalisée ? : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, numéro de la fiche dans VIGIAMP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	