

## BILAN DE RECEPTIVITE UTERINE (UTIMPRO)

Commande matériel supplémentaire (si nécessaire, envoi uniquement le mercredi)

**ATTENTION : des données incomplètes entraînent un retard de traitement du prélèvement ou un défaut de personnalisation de la stratégie thérapeutique proposée suite à l'analyse**

**Joindre impérativement la copie des résultats négatifs des sérologies (VIH, hépatite B et C) de moins d'un an pour chaque envoi (afin de justifier du caractère non infectieux si l'enveloppe était ouverte par accident)**

### ➤ Renseignements personnels

NOM (même nom sur tous les formulaires):.....Prénom :.....  
Date de Naissance :..... Téléphone :.....  
Mail :.....  
Adresse :.....  
Nom et email du médecin prescripteur :.....

### ➤ Renseignements cliniques

Date de la biopsie :.....  Bilan initial ou  Bilan sous thérapeutique\*  
*(\* bilan de contrôle avec les recommandations de MatriceLab après un bilan initial)*

#### 1-Examen actuel :

Indication :  Echecs d'Implantation FIV/ICSI intraconjugale  Bilan avant FIV/ICSI  
 FCS à répétition  Bilan avant don d'ovocytes  Echecs d'implantation FIV-DON

Durée des cycles : ..... Jour du cycle : .....

Examen réalisé sous :  Cycle naturel monitoré  Cycle substitué  Stimulation ovarienne

Si cycle substitué, nombre de jours d'administration du progestatif : .....

#### Si bilan sous thérapeutique\* préciser le(s) traitement(s):

Scratching  Corticoïdes 20mg  Corticoïdes 15mg  Corticoïdes 10mg  Intralipides  HBPM  
 hCG lutéal

Autres traitements pris sur ce cycle (préciser la pathologie) : .....

Epaisseur de l'endomètre : .....

Index de pulsatilité artère utérine : - IP droite :..... -IP gauche :.....

Envoi au centre de pathologie (pour datation) : OUI  NON

#### 2-Contexte clinique :

Début de l'infertilité : .....  Infertilité Primaire  Infertilité Secondaire

Nombre de FCS : ..... Nombre d'enfants nés : .....  IMG (préciser la cause) : .....

Etiologie de l'infertilité : .....

Dosage AMH (ng /ml) : .....

#### Type et Nombre de Tentatives déjà effectués :

IIU :  FIV :  ICSI :  IMSI :  FIV-DON :  IIU-D :  FIV-D :

Nombre d'embryons total remplacés :  AMP intraconjugale à J2/J3 : ..... à J5/J6 : .....  
 AMP don de gamète/emb à J2/J3 : ..... à J5/J6 : .....

Qualité morphologique des embryons  TOP  Moyenne à bonne  Médiocre

#### 3-Prochain traitement envisagé :

FIV/ICSI intraconjugale  Transfert d'embryons issu de don (ovocytes ou don d'embryon)  
 Transfert d'embryons congelés  Monitoring de l'ovulation +/- IIU

Signature et cachet du médecin :

### ➤ Nom et adresse du médecin pour l'envoi du compte rendu (si différent du prescripteur) :

.....  
.....