

**FICHE DONNEUSE D'OVOCYTES DE DEUXIEME INTENTION  
V2.2**

***Cette fiche doit être remplie pour tout don d'ovocytes ayant été initialement auto-conservés (Il s'agit d'un changement de finalité à l'autoconservation réalisée en cours d'AMP, en préservation de la fertilité ou contemporaine d'un don)***

**Identification**

N° DU CENTRE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>	
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 : <u>    </u>	
Année de naissance : <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>	
Profession : <u>    </u> <u>    </u> (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 : <u>    </u> <u>    </u> Si pays étranger, préciser : _____	

### Caractéristiques de la donneuse

<b>Motif de l'autoconservation des ovocytes donnés :</b> <input type="checkbox"/> Ovocytes initialement auto-conservés au cours d'une FIV/ICSI <input type="checkbox"/> Ovocytes initialement auto-conservés pour préservation de la fertilité <b>pour raison médicale</b> <input type="checkbox"/> Ovocytes initialement auto-conservés après don <b>avant la loi de bioéthique 2021</b> <input type="checkbox"/> <b>Ovocytes initialement auto-conservés en l'absence de motif médical</b>	Préciser le motif initial de l'autoconservation des ovocytes donnés
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.
<b>Nombre de grossesses :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>si ≥ 1, nombre d'enfants :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<del>Nombre total de grossesses antérieures au moment du don, quel que soit le mode de conception ou l'issue de la grossesse.</del>
<b>Nombre d'accouchements antérieurs :</b> <b>accouchements ≥ 22 SA ou IMG ≥ 22 SA :</b> <input type="text"/> <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	A ne compléter que dans le cadre d'ovocytes initialement auto-conservés pour préservation de la fertilité ou après don
<b>Si oui, AMP intraconjugale :</b> IUU <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 <b>Si oui, AMP avec don de sperme :</b> <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"/>	

**Ponctions**

<b>Ponction dont sont issus les ovocytes :</b> Année de la ponction : _____	Si plusieurs ponctions noter l'année de la dernière ponction
--	--

**Ovocytes**

<b>Consentement au don :</b> Date de la confirmation du consentement au don : ____ / ____ / _____	Préciser la date à laquelle la donneuse a confirmé par écrit son consentement à donner des ovocytes initialement conservés pour un usage autologue
<b>Ovocytes donnés</b> Nombre total d'ovocytes donnés ( _   _ )	Nombre d'ovocytes congelés donnés : Nb d'ovocytes congelés donnés au total quels que soient le nombre de couples receveurs