

Fiche de stimulation

Technique :

Rang de la tentative :

Mme :

Née le :

Age :

Indication :**Mr :**

Né le :

Age :

Protocole :

Dates	Jour	Désensib	Stim /decl	E2	Lh	Pg	Echographie

	J1						
	J2						
	J3						
	J4						
	J5						
	J6						
	J7						
	J8						
	J9						
	J10						
	J11						
	J12						
	J13						
	J14						
	J15						
	J16						
	J17						
	J18						

Ponction

Date :

Opérateur :

Anesthésiste :

Panseuse :

Laboratoire

Ovocytes Totaux :

Fécondables :

Embryons :

Congelés :

Repérage

Utérus :

Anté

Retro

Flexion du col : 0 1 2 3

KT essai :**Transfert**

Date :

Opérateur :

Nb Embryons :

Qualité du remplacement :

Soutien de phase lutéale :**Résultats :**

Date :

Bhcg :

Issue de la grossesse :