

# Manuel ANARA pour l'enregistrement des données

## Introduction

Ce manuel fournit des informations et des instructions pour la saisie de données du cycle dans le registre ANARA en utilisant à la fois la saisie sur Excel et le mode de saisie directe (manuelle).

Les données du Régistre ANARA sont saisies en **six catégories de PMA ( Procréation Médicale Assistée) :**

|   | Catégorie PMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Voir la page   |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1 | <b>FRESH: Permet d'enregistrer</b> les cycles de PMA initiés (comprenant à la fois l'insémination in vitro conventionnelle et l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes) en utilisant les propres ovocytes des femmes. Elle comprend l'utilisation d'ovocytes congelés autologues qui sont incorporés dans un prélèvement frais, et cela est spécifié dans la colonne « Procédure ».                                                                                    | <b>3-10</b>    |
| 2 | <b>FET : Permet d'enregistrer</b> les cycles de transfert d'embryons congelés-décongelés à partir de la fécondation des ovocytes propres et de don d'ovocytes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>11-17</b>   |
| 3 | <b>FTO: Permet d'enregistrer</b> les cycles utilisant des ovocytes congelés-décongelés pour le transfert d'embryons, issus à la fois d'ovocytes propres et de don d'ovocytes                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>18 – 25</b> |
| 4 | <b>OD : Permet d'enregistrer</b> les cycles initiés frais avec transfert d'embryons frais après une insémination in vitro conventionnelle ou une injection intracytoplasmique de spermatozoïdes à l'aide d'ovocytes donnés (donneurs exclusifs et donneurs partageant des ovules).<br>NB : Les cycles de DO avec des ovocytes de donneuse congelés-décongelés sont enregistrés sous FTO.<br>Les cycles de DO avec des embryons congelés-décongelés sont enregistrés sous FET . | <b>26-34</b>   |
| 5 | <b>FP: Permet d'enregistrer</b> des données sur les cycles ou procédures de préservation de la fertilité masculine et féminine pour des indications médicales et sociales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>34-38</b>   |
| 6 | <b>IUU : Permet d'enregistrer</b> les données des cycles d'insémination intra-utérine initiés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>39-40</b>   |

## Saisie directe et entrée des données via Excel

Lors de l'enregistrement de cycles via le **mode direct**, la bonne catégorie de PMA doit être sélectionnée sur la page d'accueil de votre registre pour chaque cycle saisi. Par la suite, les cycles peuvent être ajoutés en suivant les champs et le menu déroulant. Des renseignements supplémentaires pour chaque donnée déposée sont fournis dans les tableaux ci-dessous.

Pour soumettre des cycles via le **mode de saisie basé sur Excel**, les étapes suivantes sont requises :

1. Téléchargez les feuilles de calcul Excel ANARA - une pour chacune des six catégories de PMA - janvier de chaque année à partir de la page d'accueil de votre registre.  
Ne consignez pas les cycles effectués au cours d'une nouvelle année dans d'anciennes feuilles de calcul, car des modifications aux modèles peuvent avoir été mises en œuvre.
2. Étiquetez les feuilles de calcul comme FRESH, FET, FTO, OD, FP et IUI plus l'année applicable, par exemple, FRESH\_2023.
3. Enregistrez chaque cycle de PMA dans la feuille de calcul appropriée, un cycle par ligne. Fournissez des informations sur le cycle en fonction des en-têtes de colonne en choisissant dans le menu déroulant, si disponible, ou en entrant les informations exactement dans le même format que celui indiqué ci-dessous. Si le format est modifié (erreur de format), notre logiciel ne peut pas « lire » vos données lorsque vous téléchargez la feuille de calcul et le téléchargement échouera.
4. Téléchargez vos feuilles de calcul ANARA
  - a. par intermittence, surtout lorsque vous débutez avec le mode de saisie Excel, par exemple tous les 50 ou 100 cycles. De cette façon, vous pouvez être assuré que vous entrez les cycles de la bonne manière ou être alerté des erreurs de saisie que vous pouvez corriger dès le début et éviter à l'avenir. Pour vous assurer de ne pas télécharger à nouveau les anciens cycles, démarrez une nouvelle feuille de calcul après avoir effectué un téléchargement de données. *Avant de télécharger une feuille de calcul, enregistrez une copie de la feuille de calcul de manière sécurisée sur votre ordinateur.*
  - b. OU une fois éteint à la fin d'une période de déclaration lorsque l'appel de données a été lancé. *Avant de télécharger une feuille de calcul, enregistrez une copie de chaque feuille de calcul de manière sécurisée sur votre ordinateur.*
  - c. Avant de télécharger des données, assurez-vous que vous avez supprimé toutes les colonnes personnelles, c'est-à-dire les colonnes que vous avez ajoutées à la feuille de calcul, car encore une fois, notre logiciel ne peut pas lire les feuilles de calcul avec des colonnes « Non-ANARA ».

Les **termes et définitions** utilisés par l'ANARA sont conformes au Glossaire international sur l'infertilité et les soins de fertilité, 2017 (Fertility and Sterility, Vol. 108, num 3, septembre 2017) pour assurer la comparabilité internationale des données.

## 1. Saisie des cycles « FRESH »

Cette catégorie contient tous les cycles de PMA initiés (comprenant à la fois les cycles conventionnels, d'insémination in vitro et d'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes) en utilisant les propres ovocytes des femmes. Les cycles initiés correspondent à tout cycle dans lequel la stimulation ovarienne a commencé, quel que soit le résultat du cycle.

Tous les cycles initiés entre le 1er janvier et le 31 décembre doivent être indiqués, quelle que soit la date/année de l'aspiration ovocytaire. Par exemple, les cycles initiés en décembre et aspirés en janvier de l'année suivante doivent être déclarés l'année où ils ont été initiés.

Le tableau ci-dessous fournit des informations pour chaque champ de données (entrée directe) ou en-tête de colonne Excel :

| Champ de données ou en-tête de colonne | Spécifications et options                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Commentaires                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annulation</li> <li>- Pas de transfert d'embryons</li> <li>- Transfert d'embryons</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Entrez « Annulation » si le cycle a été annulé avant l'aspiration ovocytaire.</p> <p>Entrez « Pas de transfert d'embryons » si aucun embryon n'a été remplacé dans l'utérus.</p> <p>Entrez « Transfert d'embryons » si au moins un embryon a été transféré dans l'utérus.</p> |
| <b>Type de résultat</b>                | <p>Si le résultat était « <b>Annulation</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaise réponse</li> <li>- Hyper-réponse</li> <li>- Autre complication</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Entrez la raison de l'annulation du cycle.                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                        | <p>Si le résultat était « <b>Pas de transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En raison du manque d'ovocytes prélevés</li> <li>- En raison du manque d'ovocytes matures</li> <li>- En raison de l'absence d'ovocytes normaux</li> <li>- Échec total de la fertilisation</li> <li>- En raison du manque d'embryons normaux</li> <li>- En raison d'un développement embryonnaire anormal ou inexistant</li> <li>- Cryoconservation totale</li> <li>- Autre complication</li> </ul> | Entrez la raison de l'absence de transfert d'embryons.                                                                                                                                                                                                                           |

*Suite de la catégorie « FRESH ».....*

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Si le résultat était « <b>Transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de grossesse</li> <li>- Grossesse biochimique</li> <li>- Fausse couche (&lt;22 semaines complètes ou &lt;500 g de poids de naissance)</li> <li>- Grossesse extra-utérine</li> <li>- Avortement provoqué</li> <li>- Accouchement (≥22 semaines complètes ou poids de naissance ≥500g)</li> <li>- Grossesse clinique perdue de vue</li> <li>- Grossesse clinique en attente de l'issue de l'accouchement</li> </ul> | <p>Entrez le résultat lorsqu'au moins un embryon a été transféré.</p> <p>Lorsque le test de grossesse est positif, mais qu'aucun sac gestationnel n'est visible à l'échographie, entrez « Grossesse biochimique ».</p> <p>Dans le cas d'une grossesse hétérotopique (c.-à-d. grossesse extra-utérine et intra-utérine), entrez le résultat de la grossesse intra-utérine.</p> <p>Un « accouchement » est l'expulsion complète ou l'extraction d'un ou de plusieurs fœtus d'une femme, après au moins 22 semaines complètes de gestation, qu'il s'agisse de naissances vivantes, de mort-né ou de pertes fœtales tardives.</p> <p>Si l'âge gestationnel au moment de l'accouchement est inconnu, tout fœtus pesant plus de 500 g au moment de l'accouchement doit être considéré comme un accouchement et non comme une fausse couche.</p> <p>Un fœtus mis au monde entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie à la naissance est capturé dans ce champ comme un « accouchement » avec le champ « Viabilité du bébé » capturé comme « Perte fœtale tardive » sous l'issue de la grossesse.</p> <p>Une « grossesse clinique » est diagnostiquée par visualisation échographique d'un ou plusieurs sacs gestationnels ou d'autres signes cliniques définitifs de grossesse.</p> <p>Si l'issue de la grossesse est inconnue au-delà de cela, consignez cela comme une « grossesse clinique perdue pour le suivi ».</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                      |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                   | Inscrivez « Grossesse clinique en attente d'accouchement » si le résultat final de la grossesse clinique n'est pas encore connu. Il s'agit d'une entrée temporaire d'un cycle. Les informations sur le cycle doivent être mises à jour pour spécifier l'issue finale de la grossesse une fois que cela a été établi. |
| <b>Procédure</b>     | - FRAIS<br>- FRAIS + ovocytes congelés décongelés | Remarque : Entrez la procédure <i>prévue</i> pour tous les cycles annulés. Ne laissez pas ce champ vide.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Date initiale</b> | jj/mm/aaaa                                        | Date d'administration de la première dose pour la stimulation ovarienne.                                                                                                                                                                                                                                             |

*Suite de la catégorie « FRESH» .....*

|                                               |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Graphique ou épingle</b>                   |                                                                                                                                   | Entrez un code PIN avec lequel votre centre peut relier l'information saisie avec le patient pertinent (option préférée) ou le cycle (si le lien avec le patient n'est pas possible). REMARQUE : Il s'agit d'un NIP propre au centre qui ne révèle pas l'identité du patient au Registre. |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b> | -Oui<br>-Non                                                                                                                      | Entrez « Oui » si le patient ou le couple réside légalement dans un autre pays.                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b> | Nom du pays                                                                                                                       | Entrez le nom du pays dans lequel le patient/couple subissant des soins transfrontaliers réside légalement.                                                                                                                                                                               |
| <b>Date de naissance</b>                      | jj/mm/aaaa                                                                                                                        | Date de naissance du patient. L'âge des patients doit être compris entre 18 et 60 ans.                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Poids</b>                                  |                                                                                                                                   | Entrez le poids du patient en kg. N'utilisez pas de décimales. Si le poids du patient est de 63,2 kg, entrez 63 kg. Le système accepte des valeurs comprises entre 40 et 150 kg.                                                                                                          |
| <b>Hauteur</b>                                |                                                                                                                                   | Entrez la taille du patient en cm sans virgule ni point.<br>Exemple: Entrée correcte: 165cm<br>Entrée incorrecte: 1.65cm ou 1,65cm                                                                                                                                                        |
| <b>Diagnostic 1</b>                           | - Facteur masculin<br>- Facteur féminin anatomique<br>- Facteur endocrinien féminin<br>- Insuffisance ovarienne<br>- Endométriose | Entrez le diagnostic principal ou l'indication de la procédure. Dans le cas où aucun diagnostic n'est disponible, veuillez entrer « Non disponible ».                                                                                                                                     |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préservation de la fertilité</li> <li>- Inexpliqué</li> <li>- Non disponible</li> <li>- Autre</li> </ul>                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
| <b>Diagnostic 2</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteur masculin</li> <li>- Facteur féminin anatomique</li> <li>- Facteur endocrinien féminin</li> <li>- Insuffisance ovarienne</li> <li>- Endométriose</li> <li>- Inexpliqué</li> <li>- Non disponible</li> <li>- Autre</li> <li>- Aucun</li> </ul> | Entrez le diagnostic secondaire ou l'indication de la procédure. Dans le cas où aucun diagnostic n'est disponible, veuillez entrer « Aucun ». |

*Suite de la catégorie « FRESH » .....*

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Type d'endométriose</b>  | <p>Si « <b>Endométriose</b> » est sélectionné dans Diagnostic ci-dessus, veuillez préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endométriose par observation chirurgicale péritonéale</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - ovarienne</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - infiltration profonde</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - combinée</li> <li>- Endométriose par observation clinique/échographique</li> </ul> | Entrez le type d'endométriose (péritonéale, ovarienne, infiltrante profonde ou combinée) et le type d'observation (chirurgicale ou clinique/échographie). |
| <b>Date de la chirurgie</b> | jj/mm/aaaa ou « inconnu »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Si une chirurgie de l'endométriose a été effectuée, indiquez la date de la chirurgie.                                                                     |
| <b>Type de chirurgie</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fulguration/ablation péritonéale</li> <li>- Drainage de l'endométriome/cystectomie</li> <li>- Oophorectomie</li> <li>- Résection d'infiltration profonde</li> <li>- Combinaison de ce qui précède</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   | Si une chirurgie de l'endométriose a été effectuée, indiquez le type de procédure effectuée.                                                              |
| <b>GnRH</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agoniste</li> <li>- Antagoniste</li> <li>- Aucun</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Entrez l'utilisation de l'analogue de la GnRH.                                                                                                            |
| <b>FSH</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- rFSH</li> <li>- uFSH</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Entrez le type de FSH exogène administré. Dans le cas où vous utilisez uniquement                                                                         |

|                                   |                                                                                               |                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | - Aucun<br>- Non disponible                                                                   | hMG pour la stimulation, entrez « Aucun » dans ce champ et « hMG » sous LH.                                                                                      |
| <b>LH</b>                         | - rLH<br>- hMG<br>- Aucun<br>- Non disponible                                                 | Entrez le type de LH exogène administré. Dans le cas de l'utilisation de hMG uniquement pour la stimulation, entrez « hMG » dans ce champ et « Aucun » sous FSH. |
| <b>Autre</b>                      | - Citrate de clomifène<br>- Létozole<br>- Autre<br>- Aucun<br>- Non disponible                |                                                                                                                                                                  |
| <b>Phase lutéale</b>              | - Vaginal<br>- Intramusculaire<br>- Oral<br>- Combiné<br>- hCG<br>- Aucun<br>- Non disponible | Entrez dans la voie de support de la phase lutéale de la progestérone et de l'hCG le cas échéant.                                                                |
| <b>Nombre d'ovocytes prélevés</b> |                                                                                               | Entrez le nombre d'ovocytes récupérés                                                                                                                            |

*Suite de la catégorie « FRESH » ...*

|                                    |                                                                               |                                                                                                                |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Type d'insémination</b>         | - FIV conventionnelle<br>- ICSI<br>- FIV conventionnelle et ICSI              |                                                                                                                |
| <b>Nombre d'ovocytes inséminés</b> |                                                                               | Entrez le nombre d'ovocytes inséminés                                                                          |
| <b>Source de sperme</b>            | - Spermatozoïdes éjaculés<br>- MESA<br>- TESA<br>- Donné<br>- PESA<br>- Autre | Entrez la source des spermatozoïdes.                                                                           |
| <b>Frais/ cryoconservé</b>         | - Frais<br>- Cryoconservé                                                     | Décrivez si les spermatozoïdes étaient frais ou cryoconservés.                                                 |
| <b>Nombre d'ovocytes fécondés</b>  |                                                                               | Entrez le nombre d'ovocytes avec expulsion du deuxième globule polaire.                                        |
| <b>Éclosion assistée</b>           | - Oui<br>- Non                                                                | Inscrivez « Oui » si l'éclosion assistée a été utilisée, quelle que soit la technique (laser, acide ou autre). |

|                                                                                                                |                                                                              |                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tests génétiques préimplantatoires , ( DPI , Diagnostic Pré implantatoire) (diagnostic et/ou dépistage)</b> | - Non<br>- Ovocyte<br>- Embryon<br>- Blastocyste                             | Indiquer si des tests génétiques préimplantatoires ont été effectués sur des embryons clivants ou des blastocystes.                                                                |
| <b>Nombre d'embryons biopsiés</b>                                                                              |                                                                              | Entrez le nombre d'embryons clivants ou de blastocystes biopsiés. Il devrait être inférieur ou égal au nombre d'ovocytes fécondés décongelés.                                      |
| <b>Nombre déclaré normal</b>                                                                                   |                                                                              | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes déclarés. Il doit être inférieur ou égal au nombre de biopsiés.                                                                     |
| <b>Transfert d'embryons d'un jour</b>                                                                          |                                                                              | Entrez le jour du transfert d'embryons. Le système accepte entre 1 et 6.                                                                                                           |
| <b>Nombre d'embryons transférés</b>                                                                            |                                                                              | Entrez le nombre d'embryons transférés. Le système accepte entre 1 et 6 embryons.                                                                                                  |
| <b>Nombre d'embryons cryoconservés</b>                                                                         |                                                                              | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes cryoconservés. Si vous avez fait du Diagnostic Pré Implantatoire ( DPI ) , n'entrez que les embryons normaux cryoconservés.         |
| <b>Stade de développement à la congélation</b>                                                                 | - Zygote<br>- Clivage de l'embryon<br>- Morula<br>- Blastocyste<br>- Combiné | Entrez la phase de congélation des embryons; dans le cas où différentes étapes ont été cryoconservées, indiquer « Combiné ».                                                       |
| <b>Nombre de sacs gestationnels lors de la première échographie</b>                                            |                                                                              | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la première échographie.                                                                                                   |
| <b>Nombre de sacs gestationnels en deuxième échographie</b>                                                    |                                                                              | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la deuxième échographie. Laissez ce champ vide si aucune analyse n'a été effectuée ou si vous ne disposez pas des données. |
| <b>Nombre de nouveau-nés</b>                                                                                   |                                                                              | Entrez le nombre de nouveau-nés en cas d'accouchement. Le système accepte entre 1 et 4.                                                                                            |
| <b>Étude cytogénétique</b>                                                                                     | - Oui<br>- Non                                                               | Inscrivez « Oui » si une étude cytogénétique a été réalisée en cas d'avortement spontané ou provoqué.                                                                              |
| <b>Résultat de l'étude cytogénétique</b>                                                                       |                                                                              | Décrivez le résultat de l'étude cytogénétique.                                                                                                                                     |

|                                          |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Âge gestationnel à l'accouchement</b> |                                                                                                                                                           | Entrez le nombre de semaines complètes de gestation au moment de l'accouchement. Si le patient était '36+5', entrez '36'.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Bébé 1 - Viabilité</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 1.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Un « mort-né » est défini comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal »..</p> |
| <b>Bébé 1 - Poids</b>                    |                                                                                                                                                           | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 1 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Bébé 1 – Anomalie Congénitale</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                    | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 1. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Bébé 1 - Étude cytogénétique</b>      |                                                                                                                                                           | Indiquer le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 1. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Bébé 2 - Viabilité</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 2.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né</p>                                                                                                                                                                            |

|                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                       | entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Bébé 2 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 2 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 2 – Anomalie Congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 2. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 2 – Etude Cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquer le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 2. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Bébé 3 - Viabilité</b>            | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 3.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance $\geq 500$ g avec des signes de vie.<br>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.<br>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ». |
| <b>Bébé 3 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 3 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 3 – Anomalie Congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 3. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 3 – Etude Cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquer le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 3. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Bébé 4 - Viabilité</b>            | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 4.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                    |                                                                        | <p>un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».</p> |
| <b>Bébé 4 - Poids</b>                                              |                                                                        | Entrez le poids en g. Si le poids de bébé 4 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Bébé 4 – Anomalie Congénitale</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul> | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 4. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Baby 4 - Étude cytogénétique</b>                                |                                                                        | Indiquer le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 4. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Complications (Syndrome d'Hyperstimulation ovarienne , SHO)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul> | Entrez « Oui » si le SHO a été diagnostiqué. Laissez vide sinon.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Complications (Hémorragie)</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul> | Écrivez « Oui » si un saignement a été diagnostiqué. Laissez vide sinon.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Complications (Infection)</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul> | Entrez « Oui » si la patiente a reçu un diagnostic d'infection pelvienne en raison de la procédure. Laissez vide sinon.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Complications (Autre - préciser)</b>                            |                                                                        | Décrivez toute autre complication de la procédure. Laissez-le vide si aucune n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 2. Saisie des cycles de transfert d'embryons congelés (FET)

Cette catégorie contient TOUS les **cycles FET** initiés qui ont résulté de la fécondation d'ovocytes **autologues et de donneurs**.

Les cycles initiés correspondent à tout cycle au cours duquel un traitement hormonal a été administré ou une surveillance du cycle a été effectuée pour transférer des embryons congelés / décongelés, quel que soit le résultat du cycle.

Tous les cycles initiés entre le 1er janvier et le 31 décembre doivent être déclarés, quelle que soit la date/année du transfert d'embryons.

| Champ de données ou en-tête de colonne | Spécifications et options                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annulation</li> <li>- Pas de transfert d'embryons</li> <li>- Transfert d'embryons</li> </ul>                                                                                                                                                                                              | <p>Entrez « Annulation » si le cycle a été annulé avant la décongélation de l'embryon. Sélectionnez ensuite « endomètre anormal » ou « autre », selon le cas.</p> <p>Indiquez « Pas de transfert d'embryons » si aucun embryon n'a été transféré après décongélation.</p> <p>Indiquer « Transfert d'embryons » si au moins un embryon a été transféré après décongélation.</p> |
| <b>Type de résultat</b>                | <p>Si le résultat était « <b>Pas de transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En raison du manque d'embryons survivant à la décongélation</li> <li>- En raison du manque d'embryons normaux</li> <li>- En raison d'un développement embryonnaire anormal ou inexistant</li> <li>- Autre</li> </ul> | <p>Entrez la raison de l'absence de transfert d'embryons après la décongélation de l'embryon.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                              |

*Suite de la catégorie « FET » ...*

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Si le résultat était « <b>Transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de grossesse</li> <li>- Grossesse biochimique</li> <li>- Fausse couche (&lt;22 semaines complètes ou &lt;500 g de poids de naissance)</li> <li>- Grossesse extra-utérine</li> <li>- Avortement provoqué</li> <li>- Accouchement (≥22 semaines complètes ou poids de naissance ≥500g)</li> <li>- Grossesse clinique perdue de vue</li> <li>- Grossesse clinique en attente de l'issue de l'accouchement</li> </ul> | <p>Entrez le résultat lorsqu'au moins un embryon a été transféré.</p> <p>Lorsque le test de grossesse est positif, mais qu'aucun sac gestationnel n'est visible à l'échographie, entrez « Grossesse biochimique ».</p> <p>Dans le cas d'une grossesse hétérotopique (c.-à-d. grossesse extra-utérine et intra-utérine), entrez le résultat de la grossesse intra-utérine.</p> <p>Un « accouchement » est l'expulsion complète ou l'extraction d'un ou de plusieurs fœtus d'une femme, après au moins 22 semaines complètes de gestation, qu'il s'agisse de naissances vivantes, de mortinaissances ou de pertes fœtales tardives.</p> <p>Si l'âge gestationnel au moment de l'accouchement est inconnu, tout fœtus pesant plus de 500 g au moment de l'accouchement doit être considéré comme un accouchement et non comme une fausse couche.</p> <p>Un fœtus accouché entre 22 et 28 semaines complètes sans signe de vie à la naissance est enregistré dans ce champ comme un « accouchement » avec le champ « viabilité du bébé » consigné comme « perte fœtale tardive ».</p> <p>Une « grossesse clinique » est diagnostiquée par visualisation échographique d'un ou plusieurs sacs gestationnels ou d'autres signes cliniques définitifs de grossesse.</p> <p>Si l'issue de la grossesse est inconnue au-delà de cela, consignez cela comme une « grossesse clinique perdue pour le suivi ». Inscrivez « Grossesse clinique en attente d'accouchement » si le résultat final de la grossesse clinique n'est pas encore connu. Il s'agit d'une entrée temporaire d'un cycle. Les informations sur le cycle doivent être mises à jour pour spécifier l'issue</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |                                                                                                      | finale de la grossesse une fois que cela a été établi.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Procédure</b> | - Transfert d'embryons congelés/décongelés (propre)<br>Transfert d'embryons congelés/décongelés (OD) | Entrez « Propre » si les embryons proviennent de l'insémination des ovocytes de la patiente.<br>Indiquer « OD » si les embryons proviennent de l'insémination d'ovocytes donnés.<br>Remarque : Entrez la procédure <i>prévue</i> pour tous les cycles annulés. Ne laissez pas ce champ vide. |

*Suite de la catégorie « FET » ...*

|                                                           |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date initiale</b>                                      | jj/mm/aaaa   | Date de début de la préparation de l'endomètre ou du début de la surveillance du cycle.                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b>             | -Oui<br>-Non | Entrez « Oui » si le patient ou le couple réside légalement dans un autre pays.                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b>             | Nom du pays  | Entrez le nom du pays dans lequel le patient/couple subissant des soins transfrontaliers réside légalement.                                                                                                                                                                                    |
| <b>Graphique ou épingle</b>                               |              | Entrez un code PIN avec lequel votre centre peut relier l'information saisie avec le patient pertinent (option préférée) ou le cycle (si le lien avec le patient n'est pas possible). REMARQUE : Il s'agit d'un code PIN propre au centre qui ne révèle pas l'identité du patient au registre. |
| <b>Date de naissance</b>                                  | jj/mm/aaaa   | Date de naissance du patient. L'âge des patients doit être compris entre 18 et 60 ans.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Poids</b>                                              |              | Entrez le poids du patient en kg. N'utilisez pas de décimales. Si le poids du patient est de 63,2 kg, entrez 63 kg. Le système accepte des valeurs comprises entre 40 et 150 kg.                                                                                                               |
| <b>Hauteur</b>                                            |              | Entrez la taille du patient en cm sans virgule ni point.<br>Exemple : Entrée correcte : 165cm<br>Entrée incorrecte: 1.65cm ou 1,65cm.                                                                                                                                                          |
| <b>Date à laquelle les embryons ont été cryoconservés</b> | jj/mm/aaaa   | Entrez la date de cryoconservation des embryons. Si la date exacte n'est pas connue, entrez l'année de cryoconservation de l'embryon et 30/6/an.                                                                                                                                               |

|                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre initialement conservé</b>        |                                                                                                                                                                   | Entrez le nombre d'embryons initialement cryoconservés.                                                            |
| <b>Étape de cryoconservation</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zygote</li> <li>- Clivage de l'embryon</li> <li>- Morula</li> <li>- Blastocyste</li> <li>- Combiné</li> </ul>            | Entrez l'étape de la cryoconservation. Dans le cas d'une cryoconservation en plusieurs étapes, entrez « Combiné ». |
| <b>Méthode de cryoconservation</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Congélation lente</li> <li>- Vitrification</li> <li>- Combiné</li> </ul>                                                 | Entrez la méthode de cryoconservation.                                                                             |
| <b>Préparation au transfert d'embryons</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance spontanée du cycle</li> <li>- Cycle de remplacement hormonal</li> <li>- Induction de l'ovulation</li> </ul> | Entrez la préparation principale pour le transfert d'embryons.                                                     |

*Suite de la catégorie « FET »...*

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Phase folliculaire</b>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral</li> <li>- Transdermique</li> <li>- Vaginal</li> <li>- Combiné</li> <li>- Non disponible</li> </ul>                                   | Si cycle de remplacement hormonal, entez la voie d'administration de l'œstradiol dans la phase folliculaire                          |
| <b>Phase lutéale</b>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginal</li> <li>- Intramusculaire</li> <li>- Oral</li> <li>- Combiné</li> <li>- hCG</li> <li>- Aucun</li> <li>- Non disponible</li> </ul> | Si cycle de remplacement hormonal, entez la voie d'administration de la progestérone .                                               |
| <b>Nombre d'embryons décongelés</b>                                              |                                                                                                                                                                                     | Entrez le nombre d'embryons décongelés.                                                                                              |
| <b>Stade des embryons décongelés au transfert</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zygote</li> <li>- Clivage de l'embryon</li> <li>- Morula</li> <li>- Blastocyste</li> <li>- Combiné</li> </ul>                              | Entrez dans le stade des embryons au moment du transfert d'embryons. Si les embryons étaient à plusieurs stades, entrez « Combiné ». |
| <b>Éclosion assistée</b>                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                                              | Inscrivez « Oui » si l'éclosion assistée a été utilisée, quelle que soit la technique (laser, acide ou autre).                       |
| <b>Tests génétiques préimplantatoires ( DPI : Diagnostic Pré implantatoire )</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ovocyte</li> <li>- Embryon</li> <li>- Blastocyste</li> <li>- Aucun</li> </ul>                                                              | Indiquez si des tests génétiques préimplantatoires ont été effectués sur des embryons clivants ou des blastocystes.                  |

|                                                 |  |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(diagnostic et/ou dépistage)</b>             |  |                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombre d'embryons biopsiés</b>               |  | Entrez le nombre d'embryons clivants ou de blastocystes biopsiés. Il devrait être inférieur ou égal au nombre d'ovocytes fécondés décongelés.                                       |
| <b>Nombre déclaré normal</b>                    |  | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes avec un test normal. Il doit être inférieur ou égal au nombre de biopsiés.                                                           |
| <b>Jour du transfert d'embryons</b>             |  | Entrez le jour du transfert d'embryons. Le système accepte entre 1 et 6.                                                                                                            |
| <b>Nombre d'embryons transférés</b>             |  | Entrez le nombre d'embryons transférés. Le système accepte entre 1 et 6 embryons.                                                                                                   |
| <b>Nombre d'embryons cryoconservé à nouveau</b> |  | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes décongelés, non transférés et cryoconservés à nouveau. Si vous avez fait de la DPI, n'entrez que les embryons normaux cryoconservés. |

*Suite de la catégorie « FET » ...*

|                                                             |                                                                              |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Stade de développement de l'embryon à la congélation</b> | - Zygote<br>- Clivage de l'embryon<br>- Morula<br>- Blastocyste<br>- Combiné | Entrez la phase de congélation des embryons; dans le cas où différentes étapes ont été cryoconservées, indiquez « combiné ».                                                       |
| <b>Nombre de Sacs gestationnels en première échographie</b> |                                                                              | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la première échographie.                                                                                                   |
| <b>Nombre de Sacs gestationnels en deuxième échographie</b> |                                                                              | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la deuxième échographie. Laissez ce champ vide si aucune analyse n'a été effectuée ou si vous ne disposez pas des données. |
| <b>Nombre de Nouveau-nés</b>                                |                                                                              | Entrez le nombre de nouveau-nés en cas d'accouchement. Le système accepte entre 1 et 4.                                                                                            |
| <b>Étude cytogénétique</b>                                  | - Oui<br>- Non                                                               | Inscrivez « Oui » si une étude cytogénétique a été réalisée en cas d'avortement spontané ou provoqué.                                                                              |
| <b>Résultat de l'étude cytogénétique</b>                    |                                                                              | Décrivez le résultat de l'étude cytogénétique.                                                                                                                                     |

|                                          |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Âge gestationnel à l'accouchement</b> |                                                                                                                                                           | Entrez le nombre de semaines complètes de gestation au moment de l'accouchement. Si le patient était '36+5', entrez '36'.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Bébé 1 - Viabilité</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 1.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».</p> |
| <b>Bébé 1 - Poids</b>                    |                                                                                                                                                           | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 1 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Bébé 1 - anomalie Congénitale</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                    | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 1. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Bébé 1 – étude Cytogénétique</b>      |                                                                                                                                                           | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 1. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Bébé 2 - Viabilité</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 2.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né</p>                                                                                                                                                                                    |

|                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                       | entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Bébé 2 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 2 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 2 – anomalie congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 2. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 2 – étude cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 2. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Bébé 3 - Viabilité</b>            | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 3.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance $\geq 500$ g avec des signes de vie.<br>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.<br>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ». |
| <b>Bébé 3 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 3 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 3 - anomalie Congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 3. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 3 – étude Cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 3. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Bébé 4 - Viabilité</b>            | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 4.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                 |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |                                                                        | <p>un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».</p> |
| <b>Bébé 4 - Poids</b>                           |                                                                        | Entrez le poids en g. Si le poids de bébé 4 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Bébé 4 - anomalie Congénitale</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul> | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 4. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Baby 4 – Étude cytogénétique</b>             |                                                                        | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 4. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Complications de la grossesse (préciser)</b> |                                                                        | Décrivez toute complication de la grossesse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### 3. Saisie des cycles FTO (en utilisant des ovocytes congelés-décongelés pour le transfert d'embryons)

Cette catégorie contient tous les **transferts d'embryons initiés** à partir de **cycles d'ovocytes autologues et d'ovocytes congelés/décongelés issus de donneurs** .

Les cycles initiés correspondent à tout cycle au cours duquel un traitement hormonal a été administré ou une surveillance du cycle a été effectuée pour transférer des embryons provenant d'ovocytes congelés / décongelés, quel que soit le résultat du cycle.

Tous les cycles initiés entre le 1er janvier et le 31 décembre doivent être déclarés, quelle que soit la date/année où le transfert d'embryons a eu lieu.

| Champ de données ou colonne d'entête | Alternatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annulation</li> <li>- Pas de transfert d'embryons</li> <li>- Transfert d'embryons</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Entrez « Annulation » si le cycle a été annulé avant la décongélation des ovocytes. Sélectionnez ensuite « endomètre anormal » ou « autre », selon le cas.</p> <p>Indiquez « Pas de transfert d'embryons » si aucun embryon n'a été transféré après la décongélation des ovocytes.</p> <p>Indiquer « Transfert d'embryons » si au moins un embryon a été transféré après la décongélation des ovocytes.</p> |
| <b>Type de résultat</b>              | <p>Si le résultat était « <b>Annulation</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endomètre anormal</li> <li>- Autre</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Entrez la raison de l'annulation du cycle.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                      | <p>Si le résultat était « <b>Pas de transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En raison du manque d'ovocytes survivant à la décongélation</li> <li>- En raison de l'absence d'ovocytes normaux</li> <li>- En raison d'un échec total de la fertilisation</li> <li>- En raison du manque d'embryons normaux</li> <li>- En raison d'un développement embryonnaire anormal ou inexistant</li> <li>- Autre</li> </ul> | Entrez la raison de l'absence de transfert d'embryons malgré la décongélation des ovocytes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                      | <p>Si le résultat était « <b>Transfert d'embryons</b> » :</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Entrez le résultat lorsqu'au moins un embryon a été transféré.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de grossesse</li> <li>- Grossesse biochimique</li> <li>- Fausse couche (&lt;22 semaines complètes ou &lt;500 g de poids de naissance)</li> <li>- Grossesse extra-utérine</li> <li>- Avortement provoqué</li> <li>- Accouchement (≥22 semaines, ou poids de naissance ≥500g)</li> <li>- Grossesse clinique perdue de vue</li> <li>- Grossesse clinique en attente de l'issue de l'accouchement</li> </ul> | <p>Lorsque le test de grossesse est positif, mais qu'aucun sac gestationnel n'est visible à l'échographie, entrez « Grossesse biochimique ».</p> <p>Dans le cas d'une grossesse hétérotopique (c.-à-d. grossesse extra-utérine et intra-utérine), entrez le résultat de la grossesse intra-utérine. Un « accouchement » est l'expulsion complète ou l'extraction d'un ou de plusieurs fœtus d'une femme, après au moins 22 semaines complètes de gestation, qu'il s'agisse de naissances vivantes, de mortinaissances ou de pertes fœtales tardives.</p> <p>Si l'âge gestationnel au moment de l'accouchement est inconnu, tout fœtus pesant plus de 500 g au moment de l'accouchement doit être considéré comme un accouchement et non comme une fausse couche.</p> <p>Un fœtus accouché entre 22 et 28 semaines complètes sans signe de vie à la naissance est enregistré dans ce champ comme un « accouchement » avec le champ « viabilité du bébé » consigné comme « perte fœtale tardive ».</p> <p>Une « grossesse clinique » est diagnostiquée par visualisation échographique d'un ou plusieurs sacs gestationnels ou d'autres signes cliniques définitifs de grossesse.</p> <p>Si l'issue de la grossesse est inconnue au-delà de cela, consignez cela comme une « grossesse clinique perdue pour le suivi ».</p> <p>Inscrivez « Grossesse clinique en attente d'accouchement » si le résultat final de la grossesse clinique n'est pas encore connu. Il s'agit d'une entrée temporaire d'un cycle. Les informations sur le cycle doivent être mises à jour pour spécifier l'issue finale de la grossesse une fois que cela a été établi.</p> |
| <b>Procédure</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ovocyte congelé-décongelé (propre)</li> <li>- Ovocyte congelé-décongelé (donné)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Remarque : Entrez la procédure <i>prévue</i> pour tous les cycles annulés. Ne laissez pas ce champ vide.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               | - Ovocyte congelé-décongelé (propre+donné)                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Date initiale</b>                          | jj/mm/aaaa                                                                                                                                                                                                                    | Date de début de la préparation de l'endomètre ou du début de la surveillance du cycle.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Graphique ou épingle</b>                   |                                                                                                                                                                                                                               | Entrez un code PIN avec lequel votre centre peut relier l'information saisie avec le patient pertinent (option préférée) ou le cycle (si le lien avec le patient n'est pas possible).<br>REMARQUE : Il s'agit d'un PIN propre au centre qui ne révèle pas l'identité du patient au Registre. |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b> | -Oui<br>-Non                                                                                                                                                                                                                  | Entrez « Oui » si le patient ou le couple réside légalement dans un autre pays.                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b> | Nom du pays                                                                                                                                                                                                                   | Entrez le nom du pays dans lequel le patient/couple subissant des soins transfrontaliers réside légalement.                                                                                                                                                                                  |
| <b>Date de naissance</b>                      | jj/mm/aaaa                                                                                                                                                                                                                    | Date de naissance du patient. L'âge des patients doit être compris entre 18 et 60 ans.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Poids</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                               | Entrez le poids du patient en kg.<br>N'utilisez pas de décimales. Si le poids du patient est de 63,2 kg, entrez 63 kg.<br>Le système accepte des valeurs comprises entre 40 et 150 kg.                                                                                                       |
| <b>Hauteur</b>                                |                                                                                                                                                                                                                               | Entrez la taille du patient en cm sans virgule ni point.<br>Exemple : Entrée correcte: 165cm<br>Entrée incorrecte: 1.65cm ou 1,65cm.                                                                                                                                                         |
| <b>Diagnostic 1</b>                           | - Préservation antérieure de la fertilité<br>- Facteur masculin<br>- Facteur féminin anatomique<br>- Facteur endocrinien féminin<br>- Insuffisance ovarienne<br>- Endométriose<br>- Inexpliqué<br>- Non disponible<br>- Autre | Entrez le diagnostic principal ou l'indication de la procédure. Dans le cas où aucun diagnostic n'est disponible, veuillez remplir « Non disponible ».                                                                                                                                       |
| <b>Diagnostic 2</b>                           | - Préservation antérieure de la fertilité<br>- Facteur masculin<br>- Facteur féminin anatomique<br>- Facteur endocrinien féminin<br>- Insuffisance ovarienne<br>- Endométriose<br>- Inexpliqué<br>- Non disponible            | Entrez le diagnostic secondaire ou l'indication de la procédure. Dans le cas où aucun diagnostic n'est disponible, veuillez remplir « Aucun ».                                                                                                                                               |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre</li> <li>- Aucun</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |
| <b>Type d'endométriose</b>                      | <p>Si « <b>Endométriose</b> » est sélectionné dans Diagnostic ci-dessus, veuillez préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - péritonéale</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - ovarienne</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - infiltration profonde</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - combinée</li> <li>- Endométriose par observation clinique/échographique</li> </ul> | Entrez le type d'endométriose (péritonéale, ovarienne, infiltrante profonde ou combinée) et le type d'observation (chirurgicale ou clinique/échographie). |
| <b>Date de la chirurgie</b>                     | - jj/mm/aaaa ou « inconnu »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Si une chirurgie de l'endométriose a été effectuée, indiquez la date de la chirurgie.                                                                     |
| <b>Type de chirurgie</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fulguration/ablation péritonéale</li> <li>- Drainage de l'endométriome/cystectomie</li> <li>- Ovariectomie</li> <li>- Résection d'infiltration profonde</li> <li>- Combinaison de ce qui précède</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                      | Si une chirurgie de l'endométriose a été effectuée, indiquez le type de procédure effectuée.                                                              |
| <b>Préparation au transfert d'embryons</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance spontanée du cycle</li> <li>- Cycle de remplacement hormonal</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Entrez la préparation principale pour le transfert d'embryons.                                                                                            |
| <b>Phase folliculaire</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral</li> <li>- Transdermique</li> <li>- Vaginal</li> <li>- Combiné</li> <li>- Non disponible</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | En cas de cycle de remplacement hormonal, entez la voie d'administration de l'œstradiol dans la phase folliculaire.                                       |
| <b>Phase lutéale</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginal</li> <li>- Intramusculaire</li> <li>- Oral</li> <li>- Combiné</li> <li>- Aucun</li> <li>- Non disponible</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Si cycle de remplacement hormonal, entez la voie d'administration de la progestérone de la phase lutéale.                                                 |
| <b>Méthode de cryoconservation</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Congélation lente</li> <li>- Vitrification</li> <li>- Combiné</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Entrez la méthode de cryoconservation initialement utilisée.                                                                                              |
| <b>Nombre d'ovocytes initialement conservés</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Entrez le nombre total d'ovocytes initialement cryoconservés.                                                                                             |
| <b>Nombre d'ovocytes décongelés</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Entrez le nombre d'ovocytes décongelés.                                                                                                                   |
| <b>Nombre d'ovocytes inséminés</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Entrez le nombre d'ovocytes décongelés injectés par ICSI.                                                                                                 |

|                                                                                                              |                                                                               |                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Source de sperme</b>                                                                                      | - Spermatozoïdes éjaculés<br>- MESA<br>- TESA<br>- Donné<br>- PESA<br>- Autre | Entrez la source des spermatozoïdes.                                                                                                          |
| <b>Frais/cryoconservés</b>                                                                                   | - Frais<br>- Cryoconservé                                                     | Décrivez si les spermatozoïdes étaient frais ou cryoconservés.                                                                                |
| <b>Nombre d'ovocytes fécondés</b>                                                                            |                                                                               | Entrez le nombre d'ovocytes injectés montrant 2 pronuclei                                                                                     |
| <b>Écllosion assistée</b>                                                                                    | - Oui<br>- Non                                                                | Inscrivez « Oui » si l'éclosion assistée a été utilisée, quelle que soit la technique (laser, acide ou autre).                                |
| <b>Tests génétiques préimplantatoires ( DPI , Diagnostic Préimplantatoire ) (diagnostic et/ou dépistage)</b> | - Ovocyte<br>- Embryon<br>- Blastocyste<br>- Non                              | Indiquez si des tests génétiques préimplantatoires ( DPI ) ont été effectués sur des embryons clivants ou des blastocystes.                   |
|                                                                                                              |                                                                               |                                                                                                                                               |
| <b>Nombre d'embryons biopsiés</b>                                                                            |                                                                               | Entrez le nombre d'embryons clivants ou de blastocystes biopsiés. Il devrait être inférieur ou égal au nombre d'ovocytes fécondés décongelés. |
| <b>Nombre déclaré normal</b>                                                                                 |                                                                               | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes avec un test normal. Il doit être inférieur ou égal au nombre de biopsiés.                     |
| <b>Jour du transfert d'embryons</b>                                                                          |                                                                               | Entrez le jour du transfert d'embryons. Le système accepte entre 1 et 6.                                                                      |
| <b>Nombre d'embryons transférés</b>                                                                          |                                                                               | Entrez le nombre d'embryons transférés. Le système accepte entre 1 et 6 embryons.                                                             |
| <b>Nombre d'embryons cryoconservés</b>                                                                       |                                                                               | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes cryoconservés. Si vous avez fait de la DPI , n'entrez que les embryons normaux cryoconservés.  |
| <b>Stade de développement de l'embryon à la congélation</b>                                                  | - Zygote<br>- Clivage de l'embryon<br>- Morula<br>- Blastocyste<br>- Combiné  | Entrez l'étape de congélation des embryons, dans le cas où différentes étapes ont été cryoconservées, entrez « Combiné ».                     |
| <b>Nombre de sacs gestationnels lors de la première échographie</b>                                          |                                                                               | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la première échographie.                                                              |

|                                                             |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre de sacs gestationnels en deuxième échographie</b> |                                                                                       | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la deuxième échographie.<br>Laissez ce champ vide si aucune analyse n'a été effectuée ou si vous ne disposez pas des données.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombre de nouveau-nés</b>                                |                                                                                       | Entrez le nombre de nouveau-nés en cas d'accouchement. Le système accepte entre 1 et 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Étude cytogénétique</b>                                  | - Oui<br>- Non                                                                        | Inscrivez « Oui » si une étude cytogénétique a été réalisée en cas d'avortement spontané ou provoqué.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Résultat de l'étude cytogénétique</b>                    |                                                                                       | Décrivez le résultat de l'étude cytogénétique.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Âge gestationnel à l'accouchement</b>                    |                                                                                       | Entrez le nombre de semaines complètes de gestation au moment de l'accouchement. Si le patient était '36+5', entrez '36'.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bébé 1 - Viabilité</b>                                   | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 1.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance $\geq 500$ g avec des signes de vie.<br>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.<br>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ». |
| <b>Bébé 1 - Poids</b>                                       |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 1 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 1 – Anomalie congénitale</b>                        | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 1. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 1 - Étude cytogénétique</b>                         |                                                                                       | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 1. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bébé 2 - Viabilité</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 2.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».</p> |
| <b>Bébé 2 - Poids</b>                |                                                                                                                                                           | <p>Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 2 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Bébé 2 - Anomalie congénitale</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                    | <p>Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 2. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Bébé 2 - Étude cytogénétique</b>  |                                                                                                                                                           | <p>Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 2. Si rien n'a été fait, laissez vide.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 3 - Viabilité</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 3.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p>                                                                                                                      |

|                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                       | Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Bébé 3 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 3 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 3 - Anomalie congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 3. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 3 - Étude cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 3. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Bébé 4 - Viabilité</b>            | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 4.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance $\geq 500$ g avec des signes de vie.<br>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.<br>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ». |
| <b>Bébé 4 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids de bébé 4 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 4 - Anomalie congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 4. Laissez en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 4 - Étude cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 4. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 4. Saisie des cycles de don d'ovocytes frais (DO)

Cette catégorie concerne tous les cycles de DO initiés aboutissant à des transferts d'embryons frais.

Les cycles initiés correspondent à tout cycle au cours duquel un traitement hormonal a été administré ou une surveillance du cycle a été effectuée pour transférer des embryons provenant d'ovocytes frais ou congelés/décongelés, quel que soit le résultat du cycle.

Tous les cycles initiés entre le 1er janvier et le 31 décembre doivent être déclarés, quelle que soit la date/l'année du prélèvement d'ovocytes ou du transfert d'embryons.

| Champ de données ou colonne d'en-tête | Spécificités et options                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annulation</li> <li>- Pas de transfert d'embryons</li> <li>- Transfert d'embryons</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Entrez « Annulation » si le cycle a été annulé avant l'aspiration ovocytaire. Sélectionnez ensuite « réponse médiocre », « hyper réponse » ou « autre », selon le cas.</p> <p>Entrez « Pas de transfert d'embryons » si aucun embryon n'a été remplacé dans l'utérus.</p> <p>Entrez « Transfert d'embryons » si au moins un embryon a été transféré dans l'utérus.</p> |
| <b>Type de résultat</b>               | <p>Si le résultat était « <b>Pas de transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En raison du manque d'ovocytes prélevés</li> <li>- En raison du manque d'ovocytes matures</li> <li>- En raison de l'absence d'ovocytes normaux</li> <li>- En raison d'un échec total de la fertilisation</li> <li>- En raison du manque d'embryons normaux</li> <li>- En raison d'un développement embryonnaire anormal ou inexistant</li> <li>- Cryoconservation totale</li> </ul> | <p>Entrez la raison lorsqu'il y a eu une aspiration ovocytaire, mais qu'aucun embryon n'a été remplacé dans l'utérus.</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |

## Suite de la Catégorie « DO »...

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Si le résultat était « <b>Transfert d'embryons</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de grossesse</li> <li>- Grossesse biochimique</li> <li>- Fausse couche (&lt;22 semaines complètes ou poids de naissance &lt;500 g)</li> <li>- Grossesse extra-utérine</li> <li>- Avortement provoqué</li> <li>- Accouchement (≥22 semaines complètes ou poids de naissance ≥500g)</li> <li>- Grossesse clinique perdue de vue</li> <li>- Grossesse clinique en attente de l'issue de l'accouchement</li> </ul> | <p>Entrez le résultat lorsqu'au moins un embryon a été transféré.</p> <p>Lorsque le test de grossesse est positif, mais qu'aucun sac gestationnel n'est visible à l'échographie, entrez « Grossesse biochimique ».</p> <p>Dans le cas d'une grossesse hétérotopique (c.-à-d. grossesse extra-utérine et intra-utérine), entrez le résultat de la grossesse intra-utérine.</p> <p>Un « accouchement » est l'expulsion complète ou l'extraction d'un ou de plusieurs fœtus d'une femme, après au moins 22 semaines complètes de gestation, qu'il s'agisse de naissances vivantes, de mortinaissances ou de pertes fœtales tardives.</p> <p>Si l'âge gestationnel au moment de l'accouchement est inconnu, tout fœtus pesant plus de 500 g au moment de l'accouchement doit être considéré comme un accouchement et non comme une fausse couche.</p> <p>Un fœtus accouché entre 22 et 28 semaines complètes sans signe de vie à la naissance est capturé dans ce champ comme un « accouchement » avec le champ « viabilité du bébé » capturé comme « perte fœtale tardive ».</p> <p>Une « grossesse clinique » est diagnostiquée par visualisation échographique d'un ou plusieurs sacs gestationnels ou d'autres signes cliniques définitifs de grossesse.</p> <p>Si l'issue de la grossesse est inconnue au-delà de cela, consignez cela comme une « grossesse clinique perdue pour le suivi ».</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | Inscrivez « Grossesse clinique en attente d'accouchement » si le résultat final de la grossesse clinique n'est pas encore connu. Il s'agit d'une entrée temporaire d'un cycle. L'information doit être mise à jour pour préciser l'issue de la grossesse une fois établie. |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                                                                                             |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date initiale</b>                                                                        | jj/mm/aaaa                                         | Date de la première dose de préparation endométriale ou surveillance du transfert d'embryons.                                                                                                                                                                                             |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers (est sur la saisie manuelle et non sur Excel)</b> | -Oui<br>-Non                                       | Entrez « Oui » si le patient ou le couple réside légalement dans un autre pays.                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Soins de reproduction transfrontaliers</b>                                               | Nom du pays                                        | Entrez le nom du pays dans lequel le patient/couple subissant des soins transfrontaliers réside légalement.                                                                                                                                                                               |
| <b>Graphique ou épingle</b>                                                                 |                                                    | Entrez un code PIN avec lequel votre centre peut relier l'information saisie avec le patient pertinent (option préférée) ou le cycle (si le lien avec le patient n'est pas possible). REMARQUE : Il s'agit d'un NIP propre au centre qui ne révèle pas l'identité du patient au Registre. |
| <b>Date de naissance</b>                                                                    | jj/mm/aaaa                                         | Date de naissance du patient receveur. L'âge des patients doit être compris entre 18 et 60 ans.                                                                                                                                                                                           |
| <b>Poids du receveur</b>                                                                    |                                                    | Entrez le poids du patient en kg. Si le poids du patient est de 63,2 kg, entrez 63 kg. Le système accepte des valeurs comprises entre 40 et 150 kg.                                                                                                                                       |
| <b>Taille du receveur</b>                                                                   |                                                    | Entrez la taille du patient en cm sans virgule ni point.<br>Exemple: Entrée correcte: 165cm<br>Entrée incorrecte: 1.65cm ou 1,65cm.                                                                                                                                                       |
| <b>Diagnostic 1</b>                                                                         | - Facteur masculin<br>- Facteur féminin anatomique | Entrez le diagnostic principal ou l'indication de la procédure. Dans                                                                                                                                                                                                                      |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteur endocrinien féminin</li> <li>- Insuffisance ovarienne</li> <li>- Endométriose</li> <li>- Préservation antérieure de la fertilité</li> <li>- Inexpliqué</li> <li>- Non disponible</li> <li>- Autre</li> </ul>                                 | le cas où aucun diagnostic n'est disponible, veuillez entrer « Non disponible ».                                                              |
| <b>Diagnostic 2</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteur masculin</li> <li>- Facteur féminin anatomique</li> <li>- Facteur endocrinien féminin</li> <li>- Insuffisance ovarienne</li> <li>- Endométriose</li> <li>- Inexpliqué</li> <li>- Non disponible</li> <li>- Autre</li> <li>- Aucun</li> </ul> | Entrez le diagnostic secondaire ou l'indication de la procédure. Dans le cas où aucun diagnostic n'est disponible, veuillez entrer « Aucun ». |

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Type d'endométriose</b>                 | <p>Si « <b>Endométriose</b> » est sélectionné dans Diagnostic ci-dessus, veuillez préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endométriose par observation chirurgicale péritonéale</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale - ovarienne</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale -infiltration profonde</li> <li>- Endométriose par observation chirurgicale -combinée</li> <li>- Endométriose par observation clinique/échographique</li> </ul> | Entrez le type d'endométriose (péritonéale, ovarienne, infiltrante profonde ou combinée) et le type d'observation (chirurgicale ou clinique/échographie). |
| <b>Date de la chirurgie</b>                | - jj/mm/aaaa ou « inconnu »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Si une chirurgie de l'endométriose a été effectuée, indiquez la date de la chirurgie.                                                                     |
| <b>Type de chirurgie</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fulguration/ablation péritonéale</li> <li>- Drainage de l'endométriome / cystectomie</li> <li>-Ovariectomie</li> <li>- Résection d'infiltration profonde</li> <li>- Combinaison de ce qui précède</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 | Si une chirurgie de l'endométriose a été effectuée, indiquez le type de procédure effectuée.                                                              |
| <b>Préparation au transfert d'embryons</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance spontanée du cycle</li> <li>- Cycle de remplacement hormonal</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Entrez la principale méthode de préparation au transfert d'embryons.                                                                                      |
| <b>Phase folliculaire</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral</li> <li>- Transdermique</li> <li>- Vaginal</li> <li>- Combiné</li> <li>- Non disponible</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En cas de cycle de remplacement hormonal, enter la voie d'administration de l'œstradiol dans la phase folliculaire.                                       |

|                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Phase lutéale</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginal</li> <li>- Intramusculaire</li> <li>- Oral</li> <li>- Combiné</li> <li>- hCG</li> <li>- Aucun</li> <li>- Non disponible</li> </ul> | En cas de cycle de remplacement hormonal, enter la voie d'administration de la progestérone ou hCG dans le support de phase lutéale.                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Type de don</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partage des œufs</li> <li>- Donateur exclusif</li> </ul>                                                                                   | <p>Entrez « Partage d'ovules » si la femme subissant une stimulation ovarienne et une aspiration ovocytaire donne une partie des ovocytes récupérés et utilise les autres ovocytes pour son propre traitement.</p> <p>Entrez « donneuse exclusive » si la stimulation ovarienne et l'aspiration ovocytaire ont pour seul but de donner des ovocytes.</p> |

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                                    |                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Âge du donneur</b>              |                                                                                                                                                               | Entrez l'âge du donneur; Le système accepte toute valeur comprise entre 18 et 50 ans.                          |
| <b>Nombre d'ovocytes donnés</b>    |                                                                                                                                                               | Entrez le nombre total d'ovocytes donnés.                                                                      |
| <b>Type d'insémination</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- FIV conventionnelle</li> <li>- ICSI</li> <li>- FIV conventionnelle combinée et ICSI</li> </ul>                       | Dans le cas où la FIV conventionnelle et l'ICSI sont pratiquées, entrez « ICSI ».                              |
| <b>Nombre d'ovocytes inséminés</b> |                                                                                                                                                               | Entrez le nombre d'ovocytes inséminés dans le cas d'une FIV conventionnelle ou injectés par ICSI.              |
| <b>Source de sperme</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spermatozoïdes éjaculés</li> <li>- MESA</li> <li>- TESA</li> <li>- Donné</li> <li>- PESA</li> <li>- Autre</li> </ul> | Entrez la source des spermatozoïdes.                                                                           |
| <b>Frais/cryoconservés</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais</li> <li>- Cryoconservé</li> </ul>                                                                             | Décrivez si les spermatozoïdes étaient frais ou cryoconservés.                                                 |
| <b>Nombre d'ovocytes fécondés</b>  |                                                                                                                                                               | Entrez le nombre d'ovocytes avec deuxième extrusion de corps polaire.                                          |
| <b>Éclosion assistée</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                        | Inscrivez « Oui » si l'éclosion assistée a été utilisée, quelle que soit la technique (laser, acide ou autre). |

|                                                                                                             |                                                    |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tests génétiques préimplantatoires (DPI , Diagnostic Préimplantatoire ) (diagnostic et/ou dépistage)</b> | - Ovocyte<br>- Embryon<br>- Blastocyste<br>- Nonne | Indiquez si des tests génétiques préimplantatoires ont été effectués sur des embryons clivants ou des blastocystes.                |
| <b>Nombre d'embryons biopsiés</b>                                                                           |                                                    | Entrez le nombre d'embryons clivants ou de blastocystes biopsiés. Il devrait être inférieur ou égal au nombre d'ovocytes fécondés. |
| <b>Nombre déclaré normal</b>                                                                                |                                                    | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes avec un test normal. Il doit être inférieur ou égal au nombre de biopsiés.          |
| <b>Transfert d'embryons d'un jour</b>                                                                       |                                                    | Entrez le jour du transfert d'embryons. Le système accepte entre 1 et 6.                                                           |
| <b>Nombre d'embryons transférés</b>                                                                         |                                                    | Entrez le nombre d'embryons transférés. Le système accepte entre 1 et 6 embryons.                                                  |

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                                                                     |                                                                                           |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre d'embryons cryoconservés</b>                              |                                                                                           | Entrez le nombre d'embryons ou de blastocystes cryoconservés. Si vous avez fait de la DPI, n'entrez que les embryons normaux cryoconservés.                                           |
| <b>Stade de développement de l'embryon à la congélation</b>         | - Ovocyte<br>- Zygote<br>- Clivage de l'embryon<br>- Morula<br>- Blastocyste<br>- Combiné | Entrez la phase de congélation des embryons; dans le cas où différentes étapes ont été cryoconservées, indiquez « Combiné ».                                                          |
| <b>Nombre de sacs gestationnels lors de la première échographie</b> |                                                                                           | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la première échographie.                                                                                                      |
| <b>Nombre de sacs gestationnels en deuxième échographie</b>         |                                                                                           | Entrez le nombre de sacs gestationnels visibles lors de la deuxième échographie.<br>Laissez ce champ vide si aucune analyse n'a été effectuée ou si vous ne disposez pas des données. |

|                                          |                |                                                                                                                           |
|------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre de nouveau-nés</b>             |                | Entrez le nombre de nouveau-nés en cas d'accouchement. Le système accepte entre 1 et 4.                                   |
| <b>Étude cytogénétique</b>               | - Oui<br>- Non | Inscrivez « Oui » si une étude cytogénétique a été réalisée en cas d'avortement spontané ou provoqué.                     |
| <b>Résultat de l'étude cytogénétique</b> |                | Décrivez le résultat de l'étude cytogénétique.                                                                            |
| <b>Âge gestationnel à l'accouchement</b> |                | Entrez le nombre de semaines complètes de gestation au moment de l'accouchement. Si le patient était '36+5', entrez '36'. |

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                           |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bébé 1 - Viabilité</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 1.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28</p> |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                       | semaines de gestation sans aucun signe de vie.<br>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bébé 1 - Poids</b>                |                                                                                       | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 1 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Bébé 1 - anomalie Congénitale</b> | - Oui<br>- Non                                                                        | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 1. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Bébé 1 - Étude cytogénétique</b>  |                                                                                       | Indiquer le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 1. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Bébé 2 - Viabilité</b>            | - Naissance vivante<br>- Mortinaissance<br>- Perte fœtale tardive<br>- Décès néonatal | Entrez la viabilité du nouveau-né 2.<br>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance $\geq 500$ g avec des signes de vie.<br>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.<br>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie. Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ». |

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                       |                |                                                                                                                    |
|-----------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bébé 2 - Poids</b> |                | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 2 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g. |
| <b>Bébé 2 -</b>       | - Oui<br>- Non | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée                                                     |

|                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anomalie Congénitale</b>          |                                                                                                                                                           | chez le bébé 2. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Bébé 2 - Étude cytogénétique</b>  |                                                                                                                                                           | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 2. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Bébé 3 - Viabilité</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 3. Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme une « Décès néonatal ».</p> |
| <b>Bébé 3 - Poids</b>                |                                                                                                                                                           | Entrez le poids en g. Si le poids du bébé 3 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Bébé 3 - Anomalie Congénitale</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                    | Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 3. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bébé 3 - Étude cytogénétique</b>  |                                                                                                                                                           | Indiquez le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 3. Si rien n'a été fait, laissez vide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

*Suite de la Catégorie « DO »...*

|                                                 |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bébé 4 - Viabilité</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance vivante</li> <li>- Mortinaissance</li> <li>- Perte fœtale tardive</li> <li>- Décès néonatal</li> </ul> | <p>Entrez la viabilité du nouveau-né 4.</p> <p>Une « naissance vivante » fait référence à la naissance d'un nouveau-né après 22 semaines complètes de gestation, ou avec un poids de naissance <math>\geq 500</math> g avec des signes de vie.</p> <p>Une « mortinaissance » est définie comme la naissance d'un nouveau-né après 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie, ou la mort d'un fœtus au-delà de 28 semaines de gestation, avant l'accouchement.</p> <p>Une « perte fœtale tardive » est définie comme la naissance d'un nouveau-né entre 22 et 28 semaines de gestation sans aucun signe de vie.</p> <p>Si le nouveau-né meurt au cours des 28 premiers jours de sa vie, considérez cela comme un « Décès néonatal ».</p> |
| <b>Bébé 4 – Poids</b>                           |                                                                                                                                                           | <p>Entrez le poids en g. Si le poids de bébé 4 était de 3 kg, entrez « 3000 ». Le système accepte entre 299 et 5000g.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Bébé 4 - Anomalie Congénitale</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>                                                                                    | <p>Entrez « Oui » si une anomalie congénitale a été diagnostiquée chez le bébé 4. Laisser en blanc si aucune anomalie congénitale n'a été diagnostiquée.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Bébé 4 - Étude cytogénétique</b>             |                                                                                                                                                           | <p>Indiquer le résultat de l'étude cytogénétique sur le bébé 4. Si rien n'a été fait, laissez vide.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Complications de la grossesse (préciser)</b> |                                                                                                                                                           | <p>Décrivez toute complication de la grossesse.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



## 5. Saisie des cycles ou des procédures de préservation de la fertilité (PF)

Cette catégorie concerne tous les cycles initiés dans le cadre d'une procédure de conservation de la fertilité. La préservation de la fertilité comprend la cryoconservation des ovocytes, des tissus ovariens, des embryons ou des spermatozoïdes.

**Remarque :** Les cycles de cryoconservation d'embryons effectués à des fins de préservation de la fertilité doivent être classés dans la catégorie FRESH avec « Résultat : Pas de transfert d'embryons » et « Type de résultat : Cryoconservation totale » et « Diagnostic 1 : Préservation de la fertilité ».

Tous les cycles de conservation des ovocytes et des embryons initiés entre le 1er janvier et le 31 décembre doivent être déclarés, quelle que soit la date/l'année de prélèvement des ovocytes. Toutes les autres procédures doivent être déclarées à la date ou à l'année où elles sont effectuées.

| Champ de données ou colonne d'en-tête | Alternatives                                                                                                                              | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Procédure</b>                      | - Cryoconservation des ovocytes<br>- Cryoconservation de tissus ovariens<br>- Cryoconservation d'embryons<br>- Cryoconservation du sperme |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Date initiale</b>                  | jj/mm/aaaa                                                                                                                                | Date d'administration de la première dose pour la stimulation ovarienne ou date de la chirurgie pour la cryoconservation du tissu ovarien; ou date de cryoconservation du sperme.                                                                                                            |
| <b>Graphique ou épingle</b>           |                                                                                                                                           | Entrez un code PIN avec lequel votre centre peut relier l'information saisie avec le patient pertinent (option préférée) ou le cycle (si le lien avec le patient n'est pas possible).<br>REMARQUE : Il s'agit d'un PIN propre au centre qui ne révèle pas l'identité du patient au Registre. |
| <b>Date de naissance</b>              | jj/mm/aaaa                                                                                                                                | Date de naissance du patient.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Poids</b>                          |                                                                                                                                           | Entrez le poids du patient en kg. N'utilisez pas de décimales. Si le poids du patient est de 63,2 kg, entrez 63 kg. Le système accepte des valeurs comprises entre 40 et 150 kg.                                                                                                             |
| <b>Hauteur</b>                        |                                                                                                                                           | Entrez la taille du patient en cm sans virgule ni point.<br>Exemple: Entrée correcte: 165cm<br>Entrée incorrecte: 1.65cm ou 1,65cm.                                                                                                                                                          |

*Suite de la catégorie « FP » ...*

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Raison</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affections liées au cancer</li> <li>- Risques d'insuffisance ovarienne/testiculaire prématurée</li> <li>- Autres affections/maladies susceptibles d'affecter la réserve ovarienne ou la spermatogenèse</li> </ul> <p>La nécessité de reporter la grossesse en raison de maladies concomitantes et/ou de raisons psychosociales</p> | <p>Entrez l'indication pour la préservation de la fertilité.</p> <p>Traitement du cancer, y compris la chirurgie de l'appareil reproducteur, la chimiothérapie et / ou la radiothérapie avec le risque d'affecter la réserve ovarienne et / ou la qualité des ovocytes.</p> <p>Antécédents familiaux et/ou génétiques d'insuffisance ovarienne prématurée et d'insuffisance testiculaire ou des marqueurs cliniques, biochimiques ou échographiques suggérant une diminution de la réserve ovarienne ou une perte rapide de la réserve ovarienne ou de la spermatogenèse.</p> <p>Endométriose sévère, chirurgie non cancéreuse étendue sur les organes reproducteurs, conditions immunologiques et autres maladies systémiques affectant potentiellement la réserve ovarienne ou la spermatogenèse.</p> <p>Raisons médicales et sociales nécessitant le report de la grossesse, telles que les maladies métaboliques et autres maladies concomitantes ainsi que les conditions psychologiques et sociales.</p> |
| <b>Si Cancer, précisez</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hématologique</li> <li>- Sein</li> <li>- Poumon</li> <li>- Gastro-intestinal</li> <li>- Appareil génital</li> <li>- Autre</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | <p>Si « Cancer » est choisi comme raison ci-dessus, veuillez indiquer le site anatomique ou le type de cancer.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Résultat</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annulation</li> <li>- Cryoconservation totale</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Entrez l'annulation si le cycle a été annulé avant l'aspiration ovocytaire, ou si aucun ovocyte, tissu ovarien ou spermatozoïde n'a été cryoconservé.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>GnRH</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agoniste</li> <li>- Antagoniste</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>En cas de cryoconservation des ovocytes, l'utilisation d'analogues de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|  |         |                                                                                                                                                                  |
|--|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | - Aucun | la GnRH pour la stimulation ovarienne. Les progestatifs oraux pour la suppression hypothalamique dans les cycles de SOPP sont saisis sous « autres » ci-dessous. |
|--|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Suite de la catégorie « FP »...*

|                                            |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FSH</b>                                 | - rFSH<br>- uFSH<br>- aucun<br>- Non disponible                                                  | En cas de cryoconservation des ovocytes, enter le type de FSH exogène administré. Dans le cas où vous utilisez uniquement hMG pour la stimulation, entrez « Aucun » dans ce champ et « hMG » sous LH.    |
| <b>LH</b>                                  | - rLH<br>- hMG<br>- Aucun<br>- Non disponible                                                    | En cas de cryoconservation des ovocytes, enter le type de LH exogène administré. Dans le cas de l'utilisation de hMG uniquement pour la stimulation, entrez « hMG » dans ce champ et « Aucun » sous FSH. |
| <b>Autre</b>                               | - Citrate de clomifène<br>- Létozole<br>- Progestatifs<br>- Autre<br>- Aucun<br>- Non disponible | En cas de cryoconservation des ovocytes, entrez l'utilisation d'agents oraux ou autres pendant la stimulation ovarienne.                                                                                 |
| <b>Nombre d'ovocytes prélevés</b>          |                                                                                                  | En cas de cryoconservation des ovocytes, entrez le nombre d'ovocytes récupérés.                                                                                                                          |
| <b>Méthode de cryoconservation</b>         | - Congélation lente<br>- Vitrification                                                           | Si cryoconservation des ovocytes<br>Entrez dans la méthode de cryoconservation.                                                                                                                          |
| <b>Nombre d'ovocytes MII cryoconservés</b> |                                                                                                  | En cas de cryoconservation des ovocytes, entrez le nombre d'ovocytes MII cryoconservés.                                                                                                                  |
| <b>Nombre d'ovocytes MI cryoconservés</b>  |                                                                                                  | En cas de cryoconservation des ovocytes, entrez le nombre d'ovocytes MI cryoconservés.                                                                                                                   |
| <b>Nombre d'ovocytes cryoconservés</b>     |                                                                                                  | En cas de cryoconservation des ovocytes, indiquez le nombre total d'ovocytes cryoconservés.                                                                                                              |
| <b>Complications (SHO)</b>                 | - Oui<br>- Non                                                                                   | Si la cryoconservation des ovocytes, inscrivez « Oui » si le SHO a été diagnostiqué. Laissez vide sinon.                                                                                                 |

|                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Complications (hémorragie)</b> | - Oui<br>- Non                                                                   | Si la cryoconservation des ovocytes, entrez « Oui » si un saignement a été diagnostiqué. Laissez vide sinon.                                                |
| <b>Complications (infection)</b>  | - Oui<br>- Non                                                                   | Si la cryoconservation des ovocytes, entrez « Oui » si la patiente a été diagnostiquée avec une infection pelvienne due à la procédure. Laissez vide sinon. |
| <b>Type de chirurgie</b>          | - Laparotomie<br>- Laparoscopie                                                  | Si la cryoconservation du tissu ovarien, entrez le type de chirurgie.                                                                                       |
| <b>Échantillon de tissu</b>       | - Biopsie multiple à l'emporte-pièce<br>- Résection cunéiforme<br>- Ovariectomie | En cas de cryoconservation du tissu ovarien, entrez la méthode d'échantillonnage tissulaire.                                                                |

*Suite de la catégorie « FP »...*

|                                                   |                                                                                 |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre de bandes de greffon congelées</b>      |                                                                                 | Si cryoconservation du tissu ovarien, entrez le nombre de bandes de greffe de tissu ovarien congelées.                          |
| <b>Source de sperme</b>                           | - Éjaculation<br>- Électro-éjaculation<br>- MESA<br>- TESA<br>- PESA<br>- Other | Si la cryoconservation du sperme, entrez la source des spermatozoïdes.                                                          |
| <b>Nombre de flacons cryoconservés</b>            |                                                                                 | En cas de cryoconservation du sperme, nombre de flacons/pailles de gamètes cryoconservés.                                       |
| <b>Concentration de spermatozoïdes par flacon</b> |                                                                                 | En cas de cryoconservation du sperme, entrez la concentration de spermatozoïdes par flacon/paille en millions d'illions par ml. |

## 6. Capture des cycles d'insémination intra-utérine (IIU)

Cette catégorie contient tous les cycles d'insémination intra-utérine initiés impliquant à la fois des partenaires masculins et des donneurs de sperme. Tous les cycles initiés entre le 1er janvier et le 31 décembre doivent être déclarés, quelle que soit la date/l'année d'insémination.

| Champ de données ou colonne d'en-tête | Alternatives                                                                    | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Graphique ou épingle</b>           |                                                                                 | Entrez un code PIN avec lequel votre centre peut relier l'information saisie avec le patient pertinent (option préférée) ou le cycle (si le lien avec le patient n'est pas possible). REMARQUE : Il s'agit d'un PIN propre au centre qui ne révèle pas l'identité du patient au Registre. |
| <b>Date initiale</b>                  | jj/mm/aaaa                                                                      | Date d'administration de la première dose pour la stimulation ovarienne ou début de la surveillance folliculaire.                                                                                                                                                                         |
| <b>Date de naissance</b>              | jj/mm/aaaa                                                                      | Date de naissance du patient.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Procédure</b>                      | - IIU-H<br>- IIU-D                                                              | Entrez IUI-H pour l'insémination du sperme du mari / partenaire.<br>Entrez IUI-D pour l'insémination de spermatozoïdes de donneurs connus/anonymes.                                                                                                                                       |
| <b>Oral</b>                           | - Citrate de clomifène<br>- Létrozole<br>- Autre<br>- Aucun<br>- Non disponible | Indiquez l'utilisation d'un traitement oral pour la stimulation ovarienne.                                                                                                                                                                                                                |
| <b>FSH</b>                            | - rFSH<br>- uFSH<br>- Aucun<br>- Non disponible                                 | Entrez le type de FSH exogène administré. Dans le cas où vous utilisez uniquement hMG pour la stimulation, entrez « Aucun » dans ce champ et « hMG » sous LH.                                                                                                                             |
| <b>LH</b>                             | - rLH<br>- hMG<br>- Aucun<br>- Non disponible                                   | Entrez le type de LH exogène administré. Dans le cas de l'utilisation de hMG uniquement pour la stimulation, entrez « hMG » dans ce champ et « Aucun » sous FSH.                                                                                                                          |

*Suite de la catégorie « IUI » ...*

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Résultat</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annulation</li> <li>- Pas de grossesse</li> <li>- Grossesse biochimique</li> <li>- Fausse couche (&lt;22 semaines complètes ou poids de naissance &lt;500 g)</li> <li>- Grossesse extra-utérine</li> <li>- Avortement provoqué</li> <li>- Accouchement (≥22 semaines complètes ou poids de naissance ≥500g)</li> <li>- Grossesse clinique perdue de vue</li> </ul> | <p>Entrez l'annulation si le cycle a été annulé avant l'insémination.</p> <p>Lorsque le test de grossesse est positif, mais qu'aucun sac gestationnel n'est visible à l'échographie, entrez « Grossesse biochimique ».</p> <p>Dans le cas d'une grossesse hétérotopique (c.-à-d. grossesse extra-utérine et intra-utérine), entrez le résultat de la grossesse intra-utérine.</p> <p>Un « accouchement » est l'expulsion complète ou l'extraction d'un ou de plusieurs fœtus d'une femme, après au moins 22 semaines complètes de gestation, qu'il s'agisse de naissances vivantes, de mortinaissances ou de pertes fœtales tardives.</p> <p>Si l'âge gestationnel au moment de l'accouchement est inconnu, tout fœtus pesant plus de 500 g au moment de l'accouchement doit être considéré comme un accouchement et non comme une fausse couche.</p> <p>Une « grossesse clinique » est diagnostiquée par visualisation échographique d'un ou plusieurs sacs gestationnels ou d'autres signes cliniques définitifs de grossesse.</p> <p>Si l'issue de la grossesse est inconnue au-delà de cela, consignez cela comme une « grossesse clinique perdue pour le suivi ».</p> |
| <b>Nombre de nouveau-nés</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Entrez le nombre de bébés nés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |