



Formulaire de demande d'hystéroggraphie

1. Identification de la patiente

Nom / Prénom :

Date de naissance :

2. Indication clinique (cocher et/ou préciser)

Bilan infertilité primaire secondaire

Autres

3. Contexte gynécologique/obstétrical

oui non

Examen gynécologique avec spéculum/pénétration antérieure

Fausses couches à répétition

Bilan pré FIV/ Bilan PMA

Antécédents (GEU, salpingite, chirurgie tubaire ou utérine, malformation utérine connue, autres)

.....
.....

Antécédents obstétricaux (nombre de grossesse, d'accouchement/ de césarienne)

.....
.....

4. Contre-indications, facteurs de risque

oui non

Infection génitale en cours/suspicion IST

Fièvre/syndrome infectieux récent

Allergie connue aux produits de contraste

Asthme sévère/ réactions anaphylactique antérieures

Antibioprophylaxie

Examen prioritaire : Justification

5. Identification du prescripteur (cachet et signature) et date de la demande