

## Fiche de liaison / Consultation de préservation de la fertilité

<b>Demande:</b> Date : __/__/____ Médecin : .....Téléphone : __ __ __ __ __ Etablissement et service : ..... Cabinet : ..... .....		
<b>Patient(e) :</b> Nom : ..... Epouse : ..... Prénom : ..... ..... Date de naissance : __/__/____ Poids/taille : ..... m / ..... kg Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Patiente réglée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / Traitement hormonal en cours (type) : ..... Projet parental : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / En couple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Diagnostic oncologique : ..... Sérologies prescrites (date : __/__/____) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Syphilis		

Un traitement anti-cancéreux a-t-il été reçu **AVANT** la préservation de la fertilité ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez ci-dessous :

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début : __/__/____ Date de fin : __/__/____ Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçue(s) : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Gonadique : ..... Date : __/__/____ <input type="checkbox"/> Autre : ..... Date : __/__/____	Date de début : __/__/____ Date de fin : __/__/____ Dosimétrie : ..... Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse / Hypothalamus <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> Autre .....

Quel traitement est prévu **APRES** la préservation de la fertilité ?

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début envisagée : __/__/____ Nombre de cycles : ..... Molécules et posologie : ..... .....	<input type="checkbox"/> Gonadique : ..... Date : __/__/____ <input type="checkbox"/> Autre : ..... Date prévue : __/__/____	Date de début prévue __/__/____ Nombre de fractions : ..... Dosimétrie : ..... Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse / Hypothalamus <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> Autre .....

Est-il envisageable de reculer la date de démarrage de ce traitement d'une douzaine de jour ? ☐ oui ☐ non

ACCORD de votre RCP pour stimulation ovarienne éventuelle : ☐ oui ☐ non ☐ en cours de demande ☐ sans objet