

Fiche de liaison / Consultation de préservation de la fertilité

Demande: Date : __/__/__ Médecin : Téléphone : __ __ __ __ __
 Etablissement et service :
 Cabinet :

 Patient(e) : Nom : Epouse : Prénom :

 Date de naissance : __/__/__ Poids/taille : m / kg Sexe : M F
 Patiente réglée : oui non / Traitement hormonal en cours (type) :
 Projet parental : oui non / En couple : oui non
 Diagnostic oncologique :
 Sérologies prescrites (date : __/__/__): HIV Hépatite B Hépatite C Syphilis

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

Si oui, précisez ci-dessous :

Quel traitement est prévu APRES la préservation de la fertilité ?

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début envisagée : __ / __ / __ Nombre de cycles :	<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
Molécules et posologie :		

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