



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

Centre d'AMP Clinique Mathilde 02.76.64.10.80

A faxer au centre - Fax 02.76.64.10.21

**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 :

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

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

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