



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