

Fiche de liaison

Consultation de préservation de la fertilité

A faxer au CECOS – Fax : 02 35 98 20 07

| |
|---|
| Demande : Date __/__/____ Médecin : Téléphone : Etablissement et Service : <input type="checkbox"/> Cabinet |
| Patient/e : Nom : Epouse : Prénom : Date de naissance : __/__/____ Poids / taille ou Surface corporelle : m / kg oum2 Sexe : <input type="checkbox"/> M ou <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 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 a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ? NON OUI

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 | Allogreffe / Autogreffe de MO | Chirurgie | Radiothérapie |
|--|---|--|---|
| Date de début prévue : __/__/____ Nombre de cycles : Molécules et posologies : | Date de début prévue : __/__/____ Type de conditionnement : <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> chimiothérapie + TBI | <input type="checkbox"/> Gonadique : Date prévue : __/__/____ <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 : |

Réseau Régional de Cancérologie Onco-normand

www.reseau-onco-normand.org

Réseau Onco normand