

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 :

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