

FICHE DE LIAISON

Consultation de préservation de la fertilité



A faxer : au 02 62 35 96 44

Demande : Date __/__/____ Etablissement et Service :.....	Médecin : Téléphone :..... <input type="checkbox"/> Cabinet	
Patient/e : Nom :..... Epouse :..... Prénom :..... Date de naissance : __/__/____ Poids/taill <u>e</u> ou Surface corporelle :m/.....kg ou m ² 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 : __/__/____ <input type="checkbox"/> Autre : Date : __/__/____	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 :.....