

Identité du Patient :

Date :

## **Ordonnance de préservation de la fertilité**

Préservations de la fertilité féminine avant traitement potentiellement stérilisant

### **Sérologies obligatoires :**

Sérologie HIV 1 et 2 antigène p24

Sérologie hépatite B : Antigène HBs, Anticorps anti HBs et anti HBc

Sérologie hépatite C : Anticorps anti VHC

Sérologie Syphilis

### **Bilan hormonal :**

Bilan sérique avec dosage AMH, FSH, LH, Estradiol

**Docteur (Identité et N° RPPS)**