

FICHE DE LIAISON
CONSULTATION DE PRESERVATION DE LA FERTILITE

A faxer au laboratoire de Biologie de la Reproduction au 04.73.75.02.19

Demande : Date : __/__/____ Médecin : Téléphone :	
Etablissement et Service :	
Patient/e : Nom : Epouse : Prénom :	
Date de naissance : __/__/____ Poids : Taille :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M ou <input type="checkbox"/> F /Date de dernières règles : __/__/__ Traitement en cours	
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	
Sérologies réalisées (nom et lieu du Laboratoire d'analyse) :	

Un traitement a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ? NON OUI Si oui, précisez ci-dessous

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie	Traitement hormonaux
Date de début : __/__/____ Date de fin : __/__/____ Molécule(s) et dose(s) cumulative(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 :	<input type="checkbox"/> Agonistes <input type="checkbox"/> GnRh <input type="checkbox"/> Progestatifs <input type="checkbox"/> Estroprogestatifs <input type="checkbox"/> Autres

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 :

Tampon et signature du médecin :