

**FICHE DE LIAISON**  
**CONSULTATION DE PRESERVATION DE LA FERTILITE**

**A faxer au laboratoire de Biologie de la Reproduction au 04.73.75.02.19**

<b>Demande :</b> Date : __/__/____ Médecin : ..... Téléphone : ..... Etablissement et Service : .....	
<b>Patient/e :</b> 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	
<b>DIAGNOSTIC oncologique :</b> .....	
<b>Sérologies prescrites</b> (Date : __/__/____) : <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Syphilis <b>Sérologies réalisées</b> (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 :