

En vue d'une Consultation de Préservation de la Fertilité

A faxer : au Centre de Marseille (CHU) Fax 04 91 38 29 10 ou au Centre de Nice (CHU) Fax 04 92 03 64 24

Demande : Date __ / __ / ____ Médecin : Téléphone :

Etablissement / Service (préciser) :

Cabinet (préciser) : Département : Ville :

Patient(e) : Nom : Epouse : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Poids / taille ou surface corporelle : m / kg ou m²

Sexe : M ou F - Patiente réglée : oui non / **Traitement hormonal en cours (type)** :

En couple : Oui Non / **Projet parental** : Oui Non / **Parité** : G P

Consultation phase thérapeutique du cancer **OU** Consultation phase après-cancer

DIAGNOSTIC oncologique : **Stade** :

Sérologies prescrites (Date __ / __ / ____) : HIV Hépatite B Hépatite C Syphilis

Pour les femmes : **AMH prescrite** : OUI NON

Un traitement anti-cancéreux a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ? NON OUI

Si oui, précisez ci-dessous le type de traitement :

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début : __ / __ / ____ Date de fin : __ / __ / ____ Protocole : Nombre de cures : Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçues :	<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 : __ / __ / ____ Date de fin envisagée : __ / ____ Protocole : Nombre de cures prévues : Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) prévues : <input type="checkbox"/> Allogreffe <input type="checkbox"/> Autogreffe	<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"/> TBI

Est-il envisageable de reculer la date de démarrage de ce traitement d'une douzaine de jours ? OUI NON

ACCORD de votre RCP pour stimulation ovarienne éventuelle : OUI NON En cours de demande Sans objet

Date de la RCP concernée : / /