

Centre de Préservation de la fertilité
Service dede la Reproduction

Hôpital (nom, adresse)

Tél : Fax :

Fiche de liaison Pour Consultation

En vue d'une préservation de la fertilité féminine

à envoyer par email à preservation-fertilite.hopital@aphp.fr

ou à faxer au :

Demande : Date/...../..... Médecin: Téléphone :.....
 Mail :Etablissement et service

Patient(e) : Nom..... Nom de jeune fille Prénom
 Date de naissance/...../..... Adresse postale.....
 Téléphone Mail
 Célibataire En couple Mariée Projet parental
Si mineure, Nom et Adresse de la personne responsable :.....

 Poids Taille IMC.....
 Gestité..... Parité..... Contraception:

Diagnostic :
 Date Stade

Traitement reçu AVANT la préservation de la fertilité : OUI NON
Chimiothérapie : date de début date de fin
 Protocole.....
Chirurgie gonadique: OUI NON
Radiothérapie : Date de début Date de fin
 Dose et champ

Traitement prévu APRES la préservation de la fertilité : OUI NON
Chimiothérapie : date de début
 Protocole

<u>Chirurgie:</u>	OUI	Date	NON
<u>Radiothérapie :</u>	Sus diaphragmatique	OUI	NON
	Sous diaphragmatique	OUI	NON
	Date de début	date de fin	
	Dose et champ		

Autogreffe de MO: date de début, type de conditionnement

Demande de préservation :	Demande d'information :	
Stimulation ovarienne envisageable :	OUI	NON
ATCD médicaux notables :		

Organisation de la préservation : Merci de joindre les résultats

Consultation d'anesthésie < 1 mois :	OUI	Date	NON
Bilan d'hémostase < 1 mois:	OUI	Date	NON
Echo pelvienne (CFA)	OUI	Date	NON
Sérologies (VIH, VHB, VHC, TPHA, VDRL)	OUI	Date	NON
Bilan hormonal (AMH, FSH, LH, E2):	OUI	Date	NON

Commentaires :