

**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) : .....

---

**Patient(e) :** Nom : ..... Epouse : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Poids / taille ou surface corporelle : ..... m / ..... kg ou ..... m<sup>2</sup>

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

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

**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