OncoPaca-Corse
PLATEFORME RÉGIONALE FERTILITÉ & CANCER

onco Paca-Corse — DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap-hm | chu de Nice

Fiche de Liaison Fertilité & Cancer

En vue d'une Consultation de Préservation de la Fertilité

Transmettre par Fax cette Fiche de liaison, le **Protocole thérapeutique** **ET** le **Compte-rendu de la dernière consultation** à la Plateforme régionale "Fertilité & Cancer" : **Centre AP-HM** - F. 04 91 38 29 10 ou **Centre CHU de Nice** - F. 04 92 03 64 24

DEMANDE

Date : ..... / ..... / ..... Médecin : ..... Téléphone : . .....

Établissement / Service *(préciser)* : .....

Cabinet *(préciser)* : ..... Département : .....Ville : .....

PATIENT(E)

Nom : ..... Épouse : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Âge : ..... Poids / Taille ou surface corporelle : ..... kg / ..... m ou ..... m²

S'il s'agit d'un mineur, coordonnées du tuteur légal *(nom, téléphone)* : .....

Sexe : ☐ M ☐ F • Patiente réglée : ☐ Oui ☐ Non • Traitement hormonal en cours *(type)* : .....

En couple : ☐ Oui ☐ Non • Projet parental : ☐ Oui ☐ Non • Parité : ☐ G ☐ P • Nombre d'enfant(s) :.....

Diagnostic de la maladie : ..... **Stade :**.....

☐ **Consultation phase thérapeutique du cancer** ou ☐ **Consultation post thérapeutique du cancer**

Sérologies prescrites • Date : ..... / ..... / ..... : ☐ HIV • ☐ Hépatite B • ☐ Hépatite C • ☐ Syphilis

Pour les femmes AMH prescrite : ☐ Oui ☐ Non • Date : ..... / ..... / .....

Un traitement anti-cancéreux a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez ci-dessous le type de traitement :

Chimiothérapie

Date de début : .... / .... / .....
Date de fin : .... / .... / .....
Protocole : .....
Nombre de cures : .....
Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçues :
..... : .....
..... : .....
..... : .....
..... : .....

Chirurgie

☐ Gonadique : .....
.....
Date : .... / .... / .....
☐ Autre : .....
.....
.....
.....
Date : .... / .... / .....

Radiothérapie

Date de début : .... / .... / .....
Date de fin : .... / .... / .....
Dosimétrie : .....
Champ :
☐ Hypophyse / hypothalamus
☐ Ovaire • ☐ Utérus • ☐ Testicule
☐ Autre : .....
.....
.....

Quel traitement est prévu APRÈS la préservation de la fertilité ?

Chimiothérapie

Date de début envisagée : .... / .... / .....
Date de fin envisagée : .... / .... / .....
Protocole : .....
Nombre de cures prévues : .....
Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) prévues :
..... : .....
..... : .....
..... : .....
..... : .....
☐ Allogreffe • ☐ Autogreffe

Chirurgie

☐ Gonadique : .....
.....
.....
Date : .... / .... / .....
☐ Autre : .....
.....
.....
.....
.....
Date : .... / .... / .....

Radiothérapie

Date de début : .... / .... / .....
Date de fin : .... / .... / .....
Dosimétrie : .....
. .....
Champ :
☐ Hypophyse / hypothalamus
☐ Ovaire • ☐ Utérus • ☐ Testicule
☐ Autre : .....
.....
☐ 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 : ..... / ..... / .....

Pour toute question, CONTACTEZ : le Centre AP-HM • 04 91 38 40 21 • **oncofertilité@ap-hm.fr**
ou le Centre CHU de Nice • 04 92 03 64 03 • **centredereproduction@chu-nice.fr**

Dispositif Spécifique Régional du Cancer OncoPaca-Corse
Hôpitaux Sud, 270 Bd Ste Marguerite, 13009 Marseille - www.oncopacacorse.org

© Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) OncoPaca-Corse - Jan 2023 - Toute reproduction même partielle est soumise à accord préalable du DSRC - Création graphique veoguillo@gmail.com - Ne pas jeter sur la voie publique