

Fiche de Liaison Fertilité & Cancer

En vue d'une Consultation de Préservation de la Fertilité

Transmettre la **Fiche de liaison**, le **Protocole thérapeutique** et le **Compte-rendu** de la dernière consultation par fax 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 et 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

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