

# FICHE DE LIAISON « Préservation de la fertilité »

A transmettre par mail : **info@procrealis.com** ou par fax : **02.51.44.10.61**

Merci de vous assurer que la transmission des données est sécurisée.

**RDV en 48h maximum.** Merci de joindre le compte-rendu de la RCP et les sérologies virales si faites.

Ligne directe praticien : **02.51.44.10.69**

## Identification du patient

Nom ..... Prénom.....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  M  F Poids ..... Taille .....

Adresse : .....

Téléphone ..... E-mail .....

Antécédents notables : .....

## Identification du médecin demandeur

Date de la demande : ..... Nom .....

Téléphone ..... E-mail .....

Établissement ..... Service.....

## Données médicales

• Diagnostic oncologique ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Traitement gonadotoxique déjà reçu par le patient ?  Oui  Non

Si oui : \* Chimiothérapie (molécules et doses cumulatives reçues) .....

..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Radiothérapie : localisation ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Autre (chirurgie, greffe) : type ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Traitement prévu ?  Oui  Non

Si oui : \* Chimiothérapie (molécules et doses cumulatives prévues) .....

..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Radiothérapie : localisation ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Autre (chirurgie, greffe) : type ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➔ Délai maximum avant le début du traitement gonadotoxique.....

**Fertilité**

Puberté :  Oui  Non

Date des dernières règles : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Contraception hormonale :  Oui  Non (si oui, à continuer si possible jusqu'à la consultation de PF)

Fertilité antérieure :  Oui  Non (Nombre enfants ..... )

Statut conjugal :  Célibataire  En couple

Projet parental :  Oui  Non

**Préservation envisagée :**

Accord de l'oncologue pour une préservation de la fertilité :  Oui  Non

Congélation de spermatozoïdes :  Oui  Non

Congélation de pulpe testiculaire :  Oui  Non ! **congélation de pulpe testiculaire effectuée au CHU de Nantes !**  
Merci de prendre contact avec un biologiste du centre Procrealis pour valider l'indication.

Congélation ovocytaire :  Oui  Non ! **Délai d'environ 15 jours à 3 semaines !**

Congélation de tissu ovarien :  Oui  Non ! **congélation de tissu ovarien effectuée au CHU de Nantes !** Merci de prendre contact avec un gynécologue du centre Procrealis pour valider l'indication.

**Examens complémentaires réalisés (à joindre à la demande si possible)**

Sérologies (Syphilis, VIH, VHB, VHC +/- Zika si voyage récent hors Europe < 2 mois)

Dosage AMH sérique

Compte follicules antraux

βHCG

**Commentaires**

.....  
.....  
.....  
.....