**SERVICE AMP-CECOS**

**CHU Estaing**

**1, Place Lucie et Raymond Aubrac**

**63000 CLERMONT-FERRAND**

**Tél : 04 73 75 02 31**

https://www.chu-clermontferrand.fr/liste-[services](https://www.chu-clermontferrand.fr/liste-services/amp-cecos)/amp-cecos

**FICHE DE LIAISON**

**CONSULTATION DE PRESERVATION DE LA FERTILITE**

A renvoyer par fax (04.73.75.02.19) ou par **messagerie sécurisée** (secretariat.amp.cecos@chu-clermontferrand.fr)

|  |
| --- |
| **Demande** Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_.\_\_.\_\_.\_\_.\_\_Etablissement et Service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Patient/e :** Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Epouse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de téléphone : \_\_.\_\_.\_\_.\_\_.\_\_Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_cmSexe : □ M □ F Date de dernières règles : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Traitement en cours : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Projet parental : □ OUI □ NON Enfant/s : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contraception : □ OUI □ NON *(si oui, type :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*)***DIAGNOSTIC oncologique :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Sérologies prescrites** (Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_) : [ ]  HIV - [ ]  Hépatite B - [ ]  Hépatite C - [ ]  Syphilis**Sérologies réalisées :** (nom et lieu du Laboratoire d’analyse) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Un traitement a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ?** □ OUI □ NON **Si oui, précisez ci-dessous**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chimiothérapie** | **Chirurgie** | **Radiothérapie** | **Traitement hormonaux** |
| Date de début : \_\_/\_\_/\_\_\_\_Date de fin :  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ] Gonadique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_[ ] Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Date de début : \_\_/\_\_/\_\_\_\_Date de fin :  \_\_/\_\_/\_\_\_\_Dosimétrie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Champ :[ ]  Hypophyse/hypothalamus[ ]  Ovaire[ ]  Utérus[ ]  Testicule[ ]  Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Agonistes[ ]  GnRh[ ]  Progestatifs[ ]  Estroprogestatifs[ ]  Autres |

**Quel traitement est prévu APRES la préservation de la fertilité ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chimiothérapie** | **Allogreffe/Autogreffe de MO** | **Chirurgie** | **Radiothérapie** |
| Date de début prévue:  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nombre de cycles : \_\_\_\_\_Molécules et posologies :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date de début prévue:  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Type de conditionnement :[ ] Chimiothérapie[ ] Chimiothérapie +TBI  | [ ] Gonadique :Date prévue:  \_\_/\_\_/\_\_\_\_[ ] Autre : \_\_\_\_\_Date prévue:  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Date de début prévue:  \_\_/\_\_/\_\_\_\_Nombre de fractions : \_\_\_\_\_Dosimétrie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Champ : [ ]  Hypophyse/hypothalamus[ ]  Ovaire[ ]  Utérus[ ]  Testicule[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



Tampon et signature du médecin :