**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](mailto: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 : \_\_\_\_\_cm  Sexe : □ 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 :