**FICHE DE LIAISON**

**PLATEFORME PREFERA**

**CONSULTATION DE PRESERVATION DE LA FERTILITE**

**A renvoyer par messagerie sécurisée à**

**secretariat.amp.cecos@chu-clermontferrand.fr**

**ou par fax au 04.73.75.02.19**

|  |
| --- |
| **DEMANDE** Date : \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ Médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Etablissement et Service : **PATIENT/E** Sexe : F / M / Non genre Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Epouse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Projet parental : OUI / NON Enfant/s : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dates des dernières règles : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contraception : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Traitement en cours :  |
| **DIAGNOSTIC** (Merci de joindre le compte-rendu de RCP)  |
| **TRAITEMENT** Un traitement a-t-il été reçu **AVANT** la préservation de la fertilité ? OUI / NON Si OUI, merci de préciser : Chimiothérapie / Immunothérapie / Allogreffe / Autogreffe / Chirurgie / Radiothérapie / autre Quel type de traitement est prévu **APRES** la préservation de fertilité ? Chimiothérapie / Immunothérapie / Allogreffe / Autogreffe / Chirurgie / Radiothérapie / autreDate prévue : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Molécules :  |
| **BILANS** prescrits le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : VIH – Hépatite B – Hépatite C – Syphilis / AMH Nom et lieu du laboratoire d’analyse :  |

**Tampon et signature du Médecin :**