**FICHE DE LIAISON**

**PLATEFORME PREFERA**

**CONSULTATION DE PRESERVATION DE LA FERTILITE**

**A renvoyer par messagerie sécurisée à**

[**secretariat.amp.cecos@chu-clermontferrand.fr**](mailto: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 / autre  Date prévue : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Molécules : |
| **BILANS** prescrits le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : VIH – Hépatite B – Hépatite C – Syphilis / AMH  Nom et lieu du laboratoire d’analyse : |

**Tampon et signature du Médecin :**