

Centre de Préservation de la fertilité
Service dede la Reproduction

Hôpital (nom, adresse)

Tél : Fax :

Fiche de liaison Pour Consultation

En vue d'une préservation de la fertilité féminine
à envoyer par email à preservation-fertilite.hopital@aphp.fr
ou à faxer au :

Demande : Date/...../..... Médecin: Téléphone :.....
Mail :Etablissement et service

Patient(e) : Nom..... Nom de jeune fille Prénom
Date de naissance/...../..... Adresse postale.....
Téléphone Mail
Célibataire En couple Mariée Projet parental
Si mineure, Nom et Adresse de la personne responsable :.....
.....
Poids Taille IMC.....
Gestité..... Parité..... Contraception:

Diagnostic :
Date Stade

Traitement reçu AVANT la préservation de la fertilité : OUI NON
Chimiothérapie : date de début date de fin
Protocole.....
Chirurgie gonadique: OUI NON
Radiothérapie : Date de début Date de fin
Dose et champ

Traitement prévu APRES la préservation de la fertilité : OUI NON
Chimiothérapie : date de début
Protocole
Chirurgie: OUI Date NON
Radiothérapie : Sus diaphragmatique OUI NON
Sous diaphragmatique OUI NON
Date de début date de fin
Dose et champ
Autogreffe de MO: date de début, type de conditionnement

Demande de préservation : **Demande d'information :**
Stimulation ovarienne envisageable : OUI NON
ATCD médicaux notables :

Organisation de la préservation : Merci de joindre les résultats
Consultation d'anesthésie < 1 mois : OUI Date NON
Bilan d'hémostase < 1 mois: OUI Date NON
Echo pelvienne (CFA) OUI Date NON
Sérologies (VIH, VHB, VHC, TPHA, VDRL) OUI Date NON
Bilan hormonal (AMH, FSH, LH, E2): OUI Date NON

Commentaires :