

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 masculine

à envoyer par email à preservation-fertilite.hopital@aphp.fr

ou à faxer au :

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

Patient : Nom..... Prénom
Date de naissance/...../..... Adresse postale.....
Téléphone Mail
Poids Taille IMC
Si **mineur**, Nom et Adresse de la personne responsable.....
.....

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 :

Organisation de la préservation : Merci de joindre les résultats

Sérologies (VIH, VHB, VHC, TPHA, VDRL) OUI Date NON

Recueil au lit du patient nécessaire ? OUI NON

Commentaires :