

à adresser par mail : [preservation.fertilité@chu-bordeaux.fr](mailto:preservation.fertilité@chu-bordeaux.fr) ou par fax : 05 56 79 61 39

**Demande** : Date \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Médecin : ..... Téléphone : .....

Etablissement et service : ..... Cabinet

Adresse : ..... Email : .....@.....

.....

**Patiente** : Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Patiente réglée  oui  non / Traitement hormonal en cours (type) : .....

Nombre d'enfants : ..... Nombre de grossesses : .....

Bilan de réserve ovarienne à faire à n'importe quel moment du cycle:

- dosage de l'AMH (Hormone anti-Müllérienne)\* réalisé :  oui  non
- Echographie avec compte de follicules antraux réalisé :  oui  non

Statut marital : célibataire  en couple  Projet parental :  oui  non

**Diagnostic pathologique et stade** : .....

**Date du diagnostic** : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Sérologies prescrites** (Date \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_):  VIH1 et 2  Hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs)

Hépatite C  HTLV1 et 2  Syphilis

*\*examen non pris en charge par la sécurité Sociale (coût environ 50 euros)*

**Un traitement a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ?** oui  non  Si oui, précisez ci-dessous :

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début : __ / __ / ____ Date de fin : __ / __ / ____  Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçues :  Poids/taille ou surface corporelle : ____, __ kg / ____ cm ou __, __ m <sup>2</sup>	Utéro-annexielle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date de début : __ / __ / ____ Date de fin : __ / __ / ____  Dose : .....  Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse/hypothalamus <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Autre : .....

**Quel traitement est prévu APRES la préservation de la fertilité ?**

Chimiothérapie	Allogreffe/Autogreffe de MO	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début prévue : __ / __ / ____  Nombre de cycles : .....  Molécule(s) et dose(s) cumulative(s):  Poids ____, __ kg Taille ____ cm ou Surface corporelle __, __ m <sup>2</sup>	Date de début prévue : __ / __ / ____  Type de conditionnement : <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> chimiothérapie + TBI	<input type="checkbox"/> Gonadique : ..... Date prévue : __ / __ / ____  <input type="checkbox"/> Autre : ..... .....  Date prévue : __ / __ / ____	Date de début prévue : __ / __ / ____  Nb de fractions : .....  Dose : .....  Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse/hypothalamus <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Autre : .....

**Date prévisible de début des traitements :**

