

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

Demande : Date __ / __ / ____	Médecin :	Téléphone :
Etablissement et service :		Cabinet <input type="checkbox"/>
Adresse :		Email :@.....
.....		
Patient : Nom :	Prénom :	Date de naissance : __ / __ / ____
Nombre d'enfants :		
Statut marital : célibataire <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/>		Projet parental : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diagnostic pathologique et stade :		
Date du diagnostic : __ / __ / ____		
Sérologies prescrites (Date __ / __ / ____): <input type="checkbox"/> VIH1 et 2 <input type="checkbox"/> Hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs)		
<input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> HTLV1 et 2 <input type="checkbox"/> Syphilis		

Un traitement a-t-il été reçu AVANT la préservation de la fertilité ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez ci-dessous :		
Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début : __ / __ / ____	Date : __ / __ / ____	Date de début : __ / __ / ____
Date de fin : __ / __ / ____	Gonadique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date de fin : __ / __ / ____
Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçues :	Urologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dose :
Poids/taille ou surface corporelle : ____, __ kg/ ____ cm ou __, __ m ²		Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse/hypothalamus <input type="checkbox"/> Testicule <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 : __ / __ / ____	Date de début prévue : __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Gonadique :	Date de début prévue : __ / __ / ____
Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) :	Type de conditionnement : <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> chimiothérapie + TBI	Date prévue : __ / __ / ____	Nb de fractions :
Poids ____ , __ kg Taille ____ cm ou Surface corporelle __ , __ m ²		<input type="checkbox"/> Urologique :	Dose :
		Date prévue : __ / __ / ____	Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse/hypothalamus <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> Autre :

Date prévisible de début des traitements :