

4, rue Rodin 25000 BESANCON

Tél. : 03.81.41.80.10 Fax : 03.81.41.80.19

Gynécologues : Dr SENECLAUZE-SEGUIN, Dr MENDEL, Dr HOULET

Biologistes : Dr VIGNAULT, Dr LAFFERRIERE

FICHE DE DEMANDE D'AUTOCONSERVATION à faxer au 03.81.41.80.19

Demande : Date .../.../..... Médecin prescripteur : Téléphone :
Établissement /Service /Cabinet :

Patient(e) : Nom : Nom de naissance : Prénom :
DDN : .../.../..... Sexe : ☐ M ou ☐ F Patiente réglée : ☐ Oui ☐ Non Parité : ☐ G ☐ P

Diagnostic oncologique : Stade :
S'agit-il d'une récurrence : ☐ Oui ☐ Non
Sérologies prescrites (Date .../.../.....) : ☐ HIV ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C ☐ Syphilis
Pour les femmes : AMH prescrite : ☐ Oui ☐ Non

Un traitement gonadotoxique a-t-il été reçu AVANT la préservation ?

☐ OUI Si OUI, détailler ce traitement : ☐ NON

- **Chirurgie** : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, type d'intervention : Date : .../.../.....

- **Chimiothérapie** : ☐ OUI ☐ NON

Date de début : .../.../..... Date de fin : .../.../..... Durée prévue :

Protocole : Nombre de cures :

Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçues :
.....
.....

- **Radiothérapie** : ☐ OUI ☐ NON

Date de début : .../.../..... Date de fin : .../.../..... Durée prévue :

Champ : ☐ Hypophyse/hypothalamus ☐ Ovaire ☐ Utérus ☐ Testicule ☐ Autre :

Un traitement gonadotoxique est-il prévu APRES la préservation de la fertilité ?

☐ OUI Si OUI, détailler ce traitement : ☐ NON

- **Chirurgie** : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, type d'intervention : Date : .../.../.....

- **Chimiothérapie** : ☐ OUI ☐ NON

Date de début : .../.../..... Date de fin : .../.../..... Durée prévue :

Protocole : Nombre de cures :

Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reçues :
.....
.....

☐ Allogreffe ☐ Autogreffe

- **Radiothérapie** : ☐ OUI ☐ NON

Date de début : .../.../..... Date de fin : .../.../..... Durée prévue :

Champ : ☐ Hypophyse/hypothalamus ☐ Ovaire ☐ Utérus ☐ Testicule ☐ Autre :
☐ TBI

ACCORD de votre RCP pour une préservation de la fertilité :

☐ OUI ☐ NON ☐ En cours de demande ☐ Sans objet Date de la RCP : .../.../.....