

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/hypotalamus Ovaire Utérus Testicule Autre :

Un traitement gonadotoxique est 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/hypotalamus 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 : .../.../.....**