

Fiche de recueil d'informations - **FEMME** en vue de consultation de préservation de fertilité

A adresser par messagerie sécurisée ou par fax

CPFA CHU de Bordeaux : preservation.fertilite@chu-bordeaux.fr Fax : 05 56 79 61 39 / Tél. : 05 56 79 54 31

CHU de Poitiers : sec.amp@chu-poitiers.fr / Tél. : 05 49 44 39 56

CHU de Limoges : Tél. : 05 55 05 64 72

Demande : Date __ / __ / ____	Médecin :	Téléphone :
Etablissement et service :		
Adresse :		Email :@.....

Patiente : Nom :	Prénom :	Date de naissance : __ / __ / ____
Téléphone :		Email :
Poids : kg, Taille :cm ou surface corporelle : m ²		
Contre-indications à la stimulation ovarienne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Résultat : µg/L		
- Echographie avec compte de follicules antraux réalisé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Résultat : follicules		
Statut marital : célibataire <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> Projet parental : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

INFORMATIONS IMPORTANTES EN VUE D'UNE ANESTHESIE

- Existe-t-il des altérations des grandes fonctions vitales et notamment cardio-respiratoire ? : oui non
Si oui, joindre les examens complémentaires.
- Existe-t-il des anomalies du bilan biologique (anémie, insuffisance rénale ...) ? : oui non
Si oui, joindre les examens complémentaires.
- Une consultation d'anesthésie a-t-elle déjà été réalisée ? : oui (date :/...../.....) non
Si oui, joindre le compte rendu de la consultation.

Diagnostic pathologique et stade :

Date du diagnostic : __ / __ / ____ Délai maximal disponible pour réaliser la préservation de la fertilité :

Sérologies prescrites (Date __ / __ / ____) : VIH1 et 2, Hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs), Hépatite C, HTLV1 et 2, Syphilis

TRAITEMENT PREVU et DATE de DEBUT (ci-dessous)

Chimiothérapie	Allogreffe/Autogreffe de MO	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début prévue : __ / __ / ____	Date de début prévue : __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Gonadique :	Date de début prévue : __ / __ / ____
Nombre de cycles :	Type de conditionnement :	Date prévue : __ / __ / ____	Nb de fractions :
Molécule(s) et dose(s) cumulativ	<input type="checkbox"/> chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Autre :	Dose :
	<input type="checkbox"/> chimiothérapie + TBI	Champ :
		Date prévue : __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> Hypophyse/hypothalamus
			<input type="checkbox"/> Ovaire
			<input type="checkbox"/> Utérus
			<input type="checkbox"/> Autre :

Traitement reçu AVANT la préservation de la fertilité ? oui non Si oui, précisez ci-dessous :

Chimiothérapie	Chirurgie	Radiothérapie
Date de début : __ / __ / ____	Date :	Date de début : __ / __ / ____
Date de fin : __ / __ / ____	Utéro-annexielle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date de fin : __ / __ / ____
Molécule(s) et dose(s) cumulative(s) reç		Dose :
		Champ : <input type="checkbox"/> Hypophyse/hypothalamus
		Ovaire <input type="checkbox"/> Utérus
		<input type="checkbox"/> Autre :