



Date de la demande :
____ / ____ / ____

- CHU DE NANTES**
Fax : 02 40 08 32 28 / E-mail : bp-preservation-fertilite@chu-nantes.fr / Tél : 02 40 08 32 34/43
- CHU D'ANGERS**
Fax : 02 41 35 45 98 / E-mail : biologieclareproduction@chu-angers.fr / Tél : 02 41 35 45 94
- CLINIQUE DU TERTRE ROUGE - LE MANS**
Fax : 02 43 78 59 62 / E-mail : fiv@laborizon-maineanjou.fr / Tél : 02 43 78 59 81/61
- PROCREALIS - CENTRE AMP VENDÉE**
Fax : 02 51 44 10 61 / E-mail : info@procrealis.com / Tél : 02 51 44 10 60/69

Identification du patient

- Nom** **Prénom**
- Date de naissance** : ____ / ____ / ____ **Sexe** M F **Poids** **Taille**
- Téléphone** **E-mail**

Identification du médecin demandeur (fait office de signature)

- Nom** **Téléphone** **E-mail**
- Établissement** **Service**

Données médicales

- Diagnostic oncologique** **Date** : ____ / ____ / ____
- Traitement gonadotoxique déjà reçu par le patient?** oui non
 - Si oui** Chimiothérapie : protocole **Date** : ____ / ____ / ____
 - Radiothérapie : localisation **Date** : ____ / ____ / ____
 - Autre (chirurgie, greffe) : type **Date** : ____ / ____ / ____
- Traitement prévu?** oui non
 - Si oui** Chimiothérapie : protocole **Date** : ____ / ____ / ____
 - Radiothérapie : localisation **Date** : ____ / ____ / ____
 - Autre (chirurgie, greffe) : type **Date** : ____ / ____ / ____
- Délai maximum avant le début du traitement gonadotoxique**

Fertilité

- Puberté** : oui non **Date des dernières règles** : ____ / ____ / ____
- Contraception hormonale** : oui non (si oui, à continuer si possible jusqu'à la consultation de PF)
- Fertilité antérieure** : oui non (Nb enfants) **Statut conjugal** : célibataire en couple

Examens complémentaires réalisés (à joindre à la demande si possible)

- Sérologies (dont Zica si voyage récent hors Europe) Dosage AMH sérique
- Compte follicules antraux βHCG

Commentaires

.....

.....

.....