



Date de la demande :

___ / ___ / ___

CHU DE NANTES

E-mail : bp-acc-amp@chu-nantes.mssante.fr / Tél : 02 40 08 32 34/43

CHU D'ANGERS

E-mail : biologieclareproduction@chu-angers.fr / Tél : 02 41 35 45 94

CLINIQUE DU TERTRE ROUGE - LE MANS

E-mail : fiv@laborizon-maineanjou.fr / Tél : 02 43 78 59 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

.....

.....

.....

Un programme soutenu par :



**DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER
ONCO PAYS DE LA LOIRE**

50 route de Saint Sébastien - 44093 Nantes



En collaboration avec les centres d'Aide Médicale
à la Procréation (AMP) en Pays de la Loire

