



PLATEFORME DE PRESERVATION DE LA FERTILITE

Hôpital Arnaud de Villeneuve
371 av du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier cedex 5

Tramway : ligne 1 Mosson / Odysseum Arrêt « Hôpital Lapeyronie »
Médecine de la Reproduction : Tél : 04 67 33 64 81 / Fax : 04 67 33 70 14
CECOS : Tél : 04 67 33 62 99 / Fax : 04 67 33 59 49
Biologie de la Reproduction : Tél : 04 67 33 64 04 / Fax : 04 67 33 62 90

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Document à faxer accompagné des **résultats des sérologies Hépatite B, Hépatite C, HIV, Syphilis** de moins de 3 mois

Nom de la patiente :Nom de Jeune Fille :

Prénom (s):.....

Date de naissance :

Adresse :

.....Téléphone :

Nom Médecin prescripteur :

Service de soin :

Coordonnées (email, tél, fax) :

DIAGNOSTIC

Diagnostic pathologique et stade :

Date du diagnostic :

Taille : Poids : Surface corporelle : Règles : oui non

Stade de développement pubertaire actuel :

ATCD:

TRAITEMENTS DEJA RECUS :

• Traitements hormonaux :

- Agoniste GnRH oui non - Oestroprogestatifs oui non
- Progestatifs oui non - Autres oui non

• **Chimiothérapie** oui non

Date de début : Date de fin :

Molécules utilisées	Doses cumulatives reçues

- **Radiothérapie** oui non.

Si oui, dose et champ :

Dosimétrie ovaire :

Dosimétrie utérus :

Dosimétrie hypophyse/hypothalamus :

- **Chirurgie gonadique** oui non

Si oui, préciser :

DEMANDE DE PRESERVATION :

AUTORISATION DE STIMULATION OVARIENNE en vue de congélation ovocytaire ou embryonnaire?

OUI **NON**

Combien de temps avons-nous avant le début des traitements ?.....

REUTILISATION POTENTIELLE DU TISSU OVARIEN

Selon les connaissances actuelles

La maladie est-elle à risque de localisation ovarienne : oui non non connue

Autoriseriez-vous l'autogreffe de tissu ovarien ultérieure : oui non

TRAITEMENTS PREVISIBLES

- **Chimiothérapie** oui non

Date de début :.....

Molécules utilisées	Doses cumulatives reçues

- **Radiothérapie** oui non.

Si oui, dose et champ :

Dosimétrie ovaire :

Dosimétrie utérus :

Dosimétrie hypophyse/hypothalamus :

Signature du Médecin prescripteur..... Date

BILAN A REALISER AVANT CONSULTATION PRESERVATION FERTILITE:

- DOSAGE AMH plasmatique:

Date du prélèvement:

résultat:

- sérologies: HIV 1 et 2, AgHBs, Ac Anti HBc, Ac anti HBs, HVC, Syphilis

Date du prélèvement:

CONTACT :

Equipe Médicale : Fertilité et cancer (oncofertilité)

Médecine de la Reproduction :

Dr Sophie BRINGER- DEUTSCH / Dr Antoine TORRE / Pr Bernard HEDON

Secrétariat : 04 67 33 64 81

Biologie de la Reproduction :

Dr Vanessa LOUP CABANIOLS / Pr Samir HAMAMAH / Dr Alice FERRIERES HOA

Secrétariat Biologie de la Reproduction : 04 67 33 64 04

Secrétariat CECOS : 04 67 33 62 99