FICHE DE LIAISON

CANCER DU SEIN

Centre Oncologie :
Médecin référent :

Date de la demande :

Nom Prénom
Nom de jeune fille
Date de naissance
Adresse

Téléphone

Etiquette

CS PMA LE :
DR

Date de diagnostic :
Date de la chirurgie :
Histologie :
RE % RP %
Her 2:
Recoupes saines : Oui / Non
RCP Lieu : Date
Proposition thérapeutique :

Bilan Extension	**Fait**	**Programmé date**	**Résultats**
TDM TAP			
Scintigraphie osseuse			
TEP			
Autre :			

Date prévisionnelle de début de la chimiothérapie :

☐ Demande de follow up seul
☐ Demande de préservation ovarienne par stimulation et congélation d'embryons et/ou d'ovocytes

* ☐ La patiente est informée du délai plus long à l'initiation de la chimiothérapie adjuvante lié à la mise en œuvre des techniques de préservation de la fertilité
☐ Elle accepte ce délai.
☐ La Note d'information « Cancer du sein et Préservation de la Fertilité-Protocole de préservation » Version n°- du ----------lui a été remise.
☐ A ce jour, la patiente ne présente pas de contre indication à une stimulation ovarienne de type FIV pour congélation ovocytes et/ou embryons (telles que définies dans la Charte de collaboration OncosénoPMA du --/--/--).