

 <p data-bbox="261 394 384 421"><b>CENTRE AMP</b> Psychiatrie Saint-Roch</p>	<p><b>GIE CENTRE AMP ST ROCH</b>          550 avenue du Colonel Pavelet 34070 Montpellier          Tel : 04 67 10 58 67 Fax : 04 67 04 38 59 amp.contact@labosud.fr</p>
---	---

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Nom de la patiente : .....Nom de Jeune Fille : .....

Prénom(s): .....Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....Téléphone :.....

Nom Médecin prescripteur :.....

Etablissement de soins : .....

Coordonnées établissement de soins (email, tél, fax) :  
 .....

**DIAGNOSTIC**

INDICATION AUTRE QUE AVANT TRAITEMENT GONADOTOXIQUE :  
 .....  
 .....

INDICATION AVANT TRAITEMENT GONADOTOXIQUE

**Diagnostic pathologique et stade**  
 :.....

**Date du diagnostic** : .....

Taille :                      Poids :                      Surface corporelle :                      Règles :  oui  non

Stade de développement pubertaire actuel : .....

ATCD médicaux :

ATCD chirurgicaux :

**Voyage en zone à risque Zika depuis moins d'un mois :**  oui  non

**Voyage du conjoint en zone à risque Zika < 1 an :**  oui  non

**PAYS :** .....

**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 .....

**CONTACT :**

**Equipe Médicale : (Oncofertilité)**

**04 67 10 58 67**

**amp.contact@labosud.fr**

**Fax : 04 67 04 38 59**

**Médecine de la Reproduction :**

**Dr Hélène Creux / Dr Nicolas Chevalier / Pr Hervé Dechaud / Dr Jean Christophe Lainé  
/ Dr Olivier Pouget / Dr Rusudan Peikrishvili**

**Secrétariat Préservation Fertilité : 04 67 10 58 67**

**Biologie de la Reproduction :**

**Dr Gilles Régnier-Vigouroux      04 67 10 58 64**

**Dr Guillaume Quéré                04 67 10 58 66**

**Dr Pierre Sanguinet                04 67 10 58 65**

**Secrétariat Laboratoire : 04 67 10 58 67 / 04 67 52 00 42**