FICHE DE LIAISON PRESERVATION DE LA FERTILITE
CANCER DU SEIN

Centre Oncologie : Date de la demande :
Médecin référent :

Nom Prénom
Nom de jeune fille
Date de naissance
Adresse
Téléphone

Date de diagnostic :
Date de la chirurgie :
Histologie :
RE % RP %
Her 2:
Recoupes saines :
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 suivi de réserve ovarienne seul
☐ Demande de préservation de la fertilité par stimulation ovarienne et congélation d'embryons et/ou d'ovocytes
☐ Demande de cryopreservation ovarienne

La patiente doit être informée du temps nécessaire à la mise en œuvre des techniques de préservation de la fertilité et de l'éventuel impact sur le délai à l'initiation de la chimiothérapie et l'accepter.