FICHE DE LIAISON PRESERVATION DE LA FERTILITE
Toutes tumeurs (hors séno)

Centre Oncologie : Date de la demande :
Médecin référent :

Nom Prénom
Nom de jeune fille
Date de naissance
Adresse
Téléphone

Diagnostic :

Date de diagnostic :

RCP Lieu : Date :

Proposition thérapeutique :

☐ 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