

Fiche de liaison « Préservation de la fertilité par cryoconservation de tissus germinaux pour les patients prépubères »

- **Par mail à labobiorepro@chru-lille.fr avec copies aux Drs Keller Laura et Guitton-Vandenbussche Julie** (laura.keller@chu-lille.fr julie.guitton@chu-lille.fr)
Laboratoire de Biologie de la Reproduction, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU Lille
Tel : 03 20 44 46 51 ou 03 20 44 59 62 (poste 30082 ou 29978) **ou par fax au 03 20 44 58 68**
- **Joindre la RCP et les sérologies virales si faites**
- **Rendez-vous en 48h**

Identification du patient :

Nom : Prénom :
Date de naissance : ... / ... / Sexe : ☐ F ou ☐ M
Adresse :
Téléphone :

Demande de consultation :

Date de la demande : ... / ... /
Médecin :
Coordonnées (tel et mail) :
Etablissement et service :

Données cliniques :

Taille : Poids : Surface corporelle :
Antécédents notables :
Sérologies prescrites (HIV, VHB, VHC et syphilis) : ☐ Oui ☐ Non Date : ... / ... /
Patiente réglée : ☐ Oui ☐ Non Stade Tanner :

Diagnostic oncologique :

Diagnostic et date du diagnostic :
.....
.....

Traitement déjà reçus : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de début : ... / ... /

Molécules et doses cumulatives reçues :
.....
.....

Projet thérapeutique : (Molécules et Doses cumulatives prévues)
.....
.....

Radiothérapie : ☐ Oui ☐ Non Si oui dose et champ :

Date prévue du début des traitements : ... / ... /

Préservation envisagée : Accord de l'oncologue pour une préservation de la fertilité : ☐ Oui ☐ Non

Congélation de tissu testiculaire ☐ Oui ☐ Non ! Délai d'environ 1 semaine !

Congélation de tissu ovarien ☐ Oui ☐ Non ! Délai d'environ 1 semaine !

Si oui : Risque de localisation testiculaire/ovarien : ☐ Oui ☐ Non

Autorisation de réutilisation ultérieure par greffe : ☐ Oui ☐ Non