

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Adresse :
 Téléphone : Mail :
 Célibataire mariée Concubinage PACS
 Fertilité antérieure : OUI NON Nombre d'enfants :
 Désir de grossesse au moment du diagnostic : oui non

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : Prénom :

DONNEES CARCINOLOGIQUES

Diagnostic :
 Date de diagnostic :
 Histologie :
 Classification TNM :

TRAITEMENTS

Traitements déjà reçus :

- Chimiothérapie** *Si oui, précisez :*
 Date de début :Date de fin :
 Protocole (et doses cumulées si besoin) :
- Radiothérapie** *Si oui, précisez :*
 Date de début :Date de fin :
 Champ d'irradiation :
 Ovaire Utérus Autre :
- Chirurgie** *Si oui, précisez :*
 Date de chirurgie :
 Type de chirurgie : Gynécologique : Mammaire Autre :
- Autres traitements** (allogreffe/autogreffe,...) *Si oui, précisez :*

Traitements prévus :

- Chimiothérapie** *Si oui, précisez :*
 Date de début :Date de fin :
 Protocole :
- Radiothérapie** *Si oui, précisez :*
 Date de début :Date de fin :
 Champ d'irradiation :
 Ovaire Utérus Autre :
- Chirurgie** *Si oui, précisez :*
 Date de chirurgie :
 Type de chirurgie : Gynécologique : Mammaire Autre :
- Autres traitements** (allogreffe/autogreffe,...) *Si oui, précisez :*

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Taille : Poids : BMI :

Consommation de toxiques : tabac cannabis

Antécédents médico chirurgicaux notables :

Age des premières règles :

Histoire régularité des cycles :

Contraception actuellement : oui non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

À prévoir Déjà réalisés

Compte follicule antraux :

AMH:

Pour le couple, sérologies :

VIH:

VHB (Ag HBs, Ac antiHBc, Ac antiHBs):

VHC :

Syphilis (TPHA/VDRL) :

CONDUITE A TENIR PROPOSEE

.....

.....

.....

.....

.....