

IDENTIFICATION PATIENT ET INFORMATIONS GENERALES

Nom : Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Adresse :

Téléphone : Mail :

Célibataire
 Marié
 Concubinage
 PACS

Fertilité antérieure : OUI NON Nombre d'enfants :

Désir de parentalité au moment du diagnostic : oui non

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

DONNEES CARCINOLOGIQUES

Diagnostic :

Date de diagnostic :

Histologie :

Classification TNM :

TRAITEMENTS

Traitements déjà reçus :

- Chimiothérapie** *Si oui, précisez :*
 Date de début : Date de fin :
 Protocole :
- Radiothérapie** *Si oui, précisez :*
 Date de début : Date de fin :
 Champ d'irradiation :
 Testicule
 axe hypothalamo-hypophysaire
 autre :
- Chirurgie** *Si oui, précisez :*
 Date de chirurgie :
 Type de chirurgie : gonadique:
 urologique
 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 :
 Testicule
 Axe hypothalamo-hypophysaire
 autre :
- Chirurgie** *Si oui, précisez :*
 Date de chirurgie :
 Type de chirurgie : gonadique:
 urologique
 autre :
- Autres traitements** (allogreffe/autogreffe,...) *Si oui, précisez :*

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Taille : Poids : BMI :
Consommation de toxiques : tabac cannabis
Antécédent de fièvre dans les 3 derniers mois :
Antécédents médico chirurgicaux notables :
Antécédents urologiques :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

À prévoir Déjà réalisés

Spermogramme

Test de migration survie

Spermoculture :

Sérologies < 3 mois avant la congélation de sperme :

- VIH :
- VHB (Ag HBs, Ac antiHBc, Ac antiHBs) :
- VHC :
- Syphilis (TPHA/VDRL) :

CONDUITE A TENIR PROPOSEE

.....

.....

.....

.....

.....