**FICHE RCP ONCOFERTILITE**

**Demande à envoyer par mail à : psy@gustaveroussy.fr**

RCP pré-traitement ou urgence [ ]

RCP post-traitement [ ]  si oui Désir de grossesse rapide [ ]  oui [ ]  non

Matériel congélé [ ]  oui [ ]  non

Sécurité Sociale ou PUMA [ ]  oui [ ]  non AME [ ]  oui [ ]  non

Date de la demande : ………………./………………./……………..

Centre de prise en charge : ………………………………………….

Médecin demandeur : ………………………………………………...

Service : ………………………………………………………………………

Email : …………………………………………………………………………

Tél : …………………………………………….

* **PATIENT**
* **Nom :** ……………………………………………………………

*Etiquette patient*

* **Prénom :** ………………………………………………………
* **Date de naissance :** ………/………/…………………..
* **N° dossier :** …………………………………………………..
* **Téléphone :**
* Poids : ……….. kg Taille : ……….. cm
* Age :………..
* AMH : ……….. ng/ml
* Situation maritale
	+ - En couple : [ ]  oui [ ]  non
			* Avec [ ]  un homme [ ]  une femme
			* Si oui depuis combien de temps…………………….
* **ANTECEDENTS PERTINENTS / FACTEURS DE RISQUE D’INFERTILITE**
* Vierge [ ]  oui [ ]  non
* Nulligeste [ ]  oui [ ]  non
* Nullipare [ ]  oui [ ]  non
* Parité [ ]  oui [ ]  non
* Contraception [ ]  oui [ ]  non
	+ Si oui précisez
* Infertilité [ ]  oui [ ]  non
	+ Si oui précisez :………………………………………………………………..........
* Tabac [ ]  oui [ ]  non
* Antécédent thrombo-embolique [ ]  oui [ ]  non
	+ Si oui précisez :
* Antécédents utres (SOPK,diabète….):………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **MALADIE TUMORALE**
* **Date du diagnostic initial**:……………………………………………………………………………………………
* **Localisation** : ………………………………………………………………………………………………………………
* **Comité d’origine**:……………………………………………………………………………………………………….
* **Histologie** : …………………………………………………………………………………………………………………
* Relecture [ ]  oui [ ]  non
* Si oui , par quel centre expert :
* **Stade**: ………………………………………………………………………………………………………………………..
* **Traitement**

Date début :

Date fin**:**

* + **Chirurgie**  [ ]  oui [ ]  non
		- Si oui, type chirurgie  :………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Radiothérapie**  [ ]  oui [ ]  non
* Si oui, laquelle :………………………………………………………………………………
* Date de début
* Date de fin
* **Chimiothérapie** [ ]  oui [ ]  non
	+ Si oui, le(s)quelle(s) :………………………………………………………………………………
	+ Date de début
	+ Date de fin
* **Immunothérapie**  [ ]  oui [ ]  non
	+ Si oui, le(s)quelle(s) :………………………………………………………………………………
	+ Date de début
	+ Date de fin
* **Stade ACTUEL de la maladie tumorale** :
	+ En rémission/surveillance **SANS** traitement anticancéreux. [ ]  [ ]
	+ En rémission **AVEC** traitement anticancéreux [ ]  [ ]
		- Type traitement anti-tumoral :…………………………………………………………………
	+ Cancer « actif » certain ou probable, avec ou sans traitement [ ]  [ ]
		- Si traitement anti-tumoral, type de traitement : …………………………………………………………………………………………………………………
* **Projet thérapeutique (prochaines semaines) :**
	+ Pas de modification [ ]  oui [ ]  non
	+ Chirurgie envisagée [ ]  oui [ ]  non
		- Si oui, type chirurgie :………………………………………………………………………………
* Radiothérapie [ ]  oui [ ]  non
* Si oui, préciser :………………………………………………………………………………………..
	+ Chimiothérapie [ ]  oui [ ]  non
		- Si oui, préciser :………………………………………………………………………………
	+ Immunothérapie
* Si oui, préciser:…………………………………………………………………………………..

Commentaires :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* **Grossesse (s) AVANT TRAITEMENT DU CANCER**
* Grossesses NATURELLES [ ]  oui [ ]  non
* Si oui préciser : nombres ……. (précisez pour chaque grossesse, l’issue et le terme, GEU, IMG… )
* Grossesse 1 :
* Grossesse 2 :
* Grossesse 3
* Grossesses avec PMA [ ]  oui [ ]  non
* Si oui préciser : nombres……… (préciser pour chaque grossesse la prise en charge en PMA, le terme de l’accouchement ou de la fausse couche et la voie d’accouchement)
	+ - * Grossesse 1 :
			* Grossesse 2 :
			* Grossesse 3 :

Commentaires : ……..…………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Grossesse (s) APRES TRAITEMENT DU CANCER**
* Grossesses NATURELLES [ ]  oui [ ]  non
* Si oui préciser : nombres ……. (précisez pour chaque grossesse le terme de l’accouchement ou de la fausse couche et la voie d’accouchement)
* Grossesse 1 :
* Grossesse 2 :
* Grossesse 3
* Grossesses avec PMA [ ]  oui [ ]  non
* Si oui préciser : nombres……… (préciser pour chaque grossesse la prise en charge en PMA, le terme de l’accouchement ou de la fausse couche et la voie d’accouchement)
	+ - * Grossesse 1 :
			* Grossesse 2 :
			* Grossesse 3 :

Commentaires : ……..…………………………………………………………………………………………………………………………..

* **MATERIEL CONGELE**
* **Cryopréservation ovocytaire ovocytaire ou embryonnaire** [ ]  oui [ ]  non
	+ - Nombre d’ovocytes…… et/ou d’embryons……
		- Après stimulation [ ]  oui [ ]  non
		- Sans stimulation hormonal préalable [ ]  oui [ ]  non
		- Nombre de stimulation(s) …………………………………………………………………………………..
* **Cryopréservation de tissu** [ ]  oui [ ]  non
	+ Si oui précisez**:………………………………………………………………………………………….**
* **Question(s) posée(s)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*@ Votre présence est la bienvenue pour présenter le dossier en RCP (salle VIP rdc).*

* **REPONSES RCP**

**Sur le plan ONCOLOGIQUE** :

**Sur le plan de la FERTILITE :**

**CONCLUSION**

**Accord pour une consultation d’information PF**  [ ]  oui [ ]  non

 Si non précisez :………………………………………………………………………………………………..

**Accord pour technique de PMA** [ ]  oui [ ]  non

 Stimulation avec Létrozole [ ]  oui [ ]  non

 Stimulation sans Létrozole [ ]  oui [ ]  non

 Cycles naturels [ ]  oui [ ]  non

 MIV [ ]  oui [ ]  non

 Tissu ovarien [ ]  oui [ ]  non

**Accord pour consulter à Béclère** [ ]  oui [ ]  non

**Accord pour consulter à Gustave Roussy** [ ]  oui [ ]  non