**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