

Formulaire de décision pluridisciplinaire

La fiche d'indication de préservation de la fertilité doit être complétée

Date de la décision :

Début de prise en charge souhaité :

Identité du patient		
Nom :	Prénom :	DDN :
Adresse :		
Téléphone :		
Médecin traitant – Etablissement/service :		
Entretiens préalables éventuels		
<input type="checkbox"/> Avec un praticien de la plateforme fertilité, Dr Le <input type="checkbox"/> Avec un biologiste AMP, Dr Le <input type="checkbox"/> Avec le psychologue / psychiatre, Le <input type="checkbox"/> Autre :		
Indications proposées		
<input type="checkbox"/> Cryoconservation ovarienne <input type="checkbox"/> Cryoconservation de sperme <input type="checkbox"/> avec Biopsie testiculaire <input type="checkbox"/> Réalisation d'une fécondation in vitro en vue d'un TEC ultérieur <input type="checkbox"/> Stimulation ovarienne et cryoconservation d'ovocytes matures <input type="checkbox"/> Blocage ovarien <input type="checkbox"/> Transposition des ovaires <input type="checkbox"/> Autre :		
Participants à la prise de décision		
Nom	Qualité	Visa
.....
Décision		
<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable et motivations : <input type="radio"/> Autre indication retenue :		
Orientation du patient		
<input type="checkbox"/> CENTRE AMP PAU <input type="checkbox"/> CECOS BORDEAUX <input type="checkbox"/> CECOS TOULOUSE <input type="checkbox"/> Autres :		