FICHE D'INDICATION DE PRESERVATION DE LA FERTILITE MASCULINE

A remettre à l'équipe de conservation de la fertilité pour validation en RCP

Fiche à renvoyer au Laboratoire BIOPYRENEES – CENTRE AMP 3-5 rue Bayard, 64000 PAU

ou par FAX au 05.59.82.90.82

PATIENT	***ETABLISSEMENT – MEDECIN***
Nom :	Docteur :
Prénom : DDN :	Etablissement – service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone : Email :

Motifs de recours à la préservation de la fertilité

- Avant traitement stérilisant
- Avant chirurgie pouvant altérer les fonctions reproductrices
- Altération précoce de la fertilité
- Pathologie impactant la fertilité

Contexte • Notion d'urgence

Pathologie et Stade :

• Contre-indications éventuelles :

ATCD médicaux et chirurgicaux :

Contexte familial :

• En couple avec projet parental • En couple sans projet parental • Célibataire

Nombre d'enfant(s) :……..

Examens préalables

Statuts sérologiques HIV – HEPC – HEP B et Syphilis datant de moins de 3 mois : • Réalisés • à prévoir avant RCP

Dosage hormonal FSH et Testostérone

Examens génétiques : • Carotype • Micro Délétion du chromosome Y • DELTA F508 • Conseil génétique

Echographie réalise le :…….

Attestation ZIKA *(pas d'exposition dans les 12 derniers mois, sinon séro 1 mois après le retour):* • Signée

Bilan pré-opératoire réalisé le :……

⇨ *Les CR des différents bilans seront annexés à cette fiche d'indication*

Schéma thérapeutique

Déjà débuté :	**A venir : DATE PREVUE DE DEBUT DE TTT : ……..**
• Chimiothérapie, le …… Molécule et doses cumulatives :…….. …… ……..	• Chimiothérapie, (molécule – dose – durée – calendrier) …… ……. …… …….
• Chirurgie :…… ……...	• Chirurgie :…… ……...
• Radiothérapie, le …… fin le …… Zone :…… ……..	• Radiothérapie, Zone :…….

	• Allogreffe / autogreffe de MO, le ……..

Proposition d'indication à discuter en RCP
• Cryoconservation de sperme   • Biopsie testiculaire ou épididymaire nécessaire • Autre :

Indication proposée le ……par ……(signature + cachet du praticien)