



Fiche de renseignement _ Préservation de la fertilité masculine - [S50/2]

A faxer pour organiser le 1^{er} rendez-vous de consultation de préservation de la fertilité masculine

MEDECIN DEMANDEUR : Docteur

Le : __ / __ / ____

Téléphone :

Fax :

Mail :

Adresse complète :

PATIENT (à remplir ou coller une étiquette)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

S'il s'agit d'un mineur, coordonnées d'un des parents, ou du tuteur qui l'accompagne :

NOM :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

PATIENT MALENTENDANT / NE COMMUNIQUANT PAS EN FRANÇAIS : OUI / NON

BILAN INFECTIEUX A FAIRE AVANT SA VENUE :

- **Sérologies : HIV1 et 2, Hépatite B (Ag HBS, Ac anti Hbc, Ac anti HBs), Hépatite C, Syphilis, HTLV 1 et 2**
- **Charges virales si positivité connue.**

INFORMATION A DONNER AU PATIENT AVANT SA VENUE :

- Délai d'abstinence sexuelle (pas d'éjaculation) de 2 à 8 jours, boire 2 litres d'eau la veille, toilette au savon classique.
- Le patient doit venir avec ses papiers d'identité (carte identité ou de séjour ou passeport).
- Si patient mineur, papiers d'identité des parents ou du tuteur.
- Carte vitale

DEUX PRELEVEMENTS AU MOINS SONT A EFFECTUER

DIAGNOSTIC

Diagnostic pathologique et stade :

.....

Date du diagnostic :

Taille : Poids :

Stade de développement pubertaire actuel :

ATCD médicaux :

ATCD chirurgicaux :

Voyage en zone à risque Zika depuis moins d'un mois : oui non

Voyage du conjoint en zone à risque Zika < 1 an : oui non

PAYS :

TRAITEMENTS DEJA RECUS :

• **Chimiothérapie** oui non

Date de début :

Date de fin :

Molécules utilisées	Doses cumulatives reçues

• **Radiothérapie** oui non

Si oui, dose et champ :

• **Chirurgie gonadique** oui non

Si oui, préciser :

TRAITEMENTS PREVISIBLES

• **Chimiothérapie** oui non

Date de début :

Molécules utilisées	Doses cumulatives reçues

• **Radiothérapie** oui non

Si oui, dose et champ :

Signature du Médecin prescripteur..... Date.....

CONTACT :

04 67 10 58 67

amp.contact@labosud.fr

Biologie de la Reproduction :

Dr Gilles Régnier-Vigouroux 04 67 10 58 64

Dr Guillaume Quéré 04 67 10 58 66

Dr Pierre Sanguinet 04 67 10 58 65

Secrétariat Laboratoire : **04 67 10 58 67 / 04 67 52 00 42**