|  |  |
| --- | --- |
| NOM | ETIQUETTE : |
| PRENOM |
| DATE de NAISSANCE |
| TEL. |

|  |
| --- |
| ONCOLOGUE |
| MEDECIN REFERENT |
| TEL. |
| FAX |
|  |

PATHOLOGIE :

TRAITEMENT ENVISAGE :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Chimiothérapie | *Molécule :* | | |
|  |  | *Dose :* | | |
|  |  |  | | |
|  | Radiothérapie | *Champ :* | | |
|  | Hormonothérapie |  | |  |
|  | | | | |
| Date prévue du début du traitement : | | | | |
|  | Délai : |  | | |
|  | | |  | |
| Désir de grossesse : | | | Oui Non | |
| Autorisation à la stimulation ovarienne : | | | Oui Non | |
| Pose chambre implantable lors de la ponction : | | | Oui Non | |