|  |  |
| --- | --- |
| 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 |