|  |
| --- |
| NOM …………………………………………………………………… EtiquetteNom de Jeune fille …………………………………PRENOM ……………………………………………… |
| DATE de NAISSANCE : ……………………………………………… TELEPHONE : …………………………………  |
| ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ONCOLOGUE CHIRURGIEN  |
| TEL.: TEL.: FAX /Mail FAX /Mail  |
| MEDECIN REFERENT  |
| TEL.  |
| FAX/Mail  |

**PATHOLOGIE**:

**TRAITEMENT ENVISAGE** :

⬜ **Chirurgie**  Date  :………………………………………………………………

 Reprise : ⬜ oui ⬜ non Si oui  date : ………

⬜ **Chimiothérapie** Protocole :…………………………………………………………

 Dose :………………………………………………………………

 ***Débute  le*** *:* ……………………………………………………

 Durée : ……………………………………………………………

 ⬜ **Radiothérapie** Champ:…………………………………………………………….

Dose :………………………………………………………………

 ⬜ **Hormonothérapie**

 ⬜ **Autre thérapeutique**

**URGENCE :**  ⬜ oui ⬜ non **Délai /début de chimio :**……………

La maladie est-elle à risque de localisation ovarienne: ⬜ oui ⬜ non

Autorisation à la stimulation ovarienne : ⬜ oui ⬜ non

Hormonodépendance : ⬜ oui ⬜ non Si oui : RE : ⬜ oui ⬜ non RP : ⬜ oui ⬜ non

Anomalies de coagulation : ⬜ oui ⬜ non

Autorisation secondaire de greffe de tissu ovarien : ⬜ oui ⬜ non

**BILAN TEPSCAN** le **DATE RCP** ……………