

## FICHE DE LIAISON ONCOFERTILITE – chez l'homme

### IDENTIFICATION PATIENT ET INFORMATIONS GENERALES

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

célibataire       marié       concubinage       PACS

Fertilité antérieure : OUI  NON  Nombre d'enfants : .....

Désir de parentalité au moment du diagnostic :       oui       non

### IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

### DONNEES CARCINOLOGIQUES

Diagnostic : .....

Date de diagnostic : .....

Histologie : .....

Classification TNM : .....

### TRAITEMENTS

#### Traitements déjà reçus :

**Chimiothérapie**      *Si oui, précisez :*  
date de début : .....date de fin : .....  
Protocole : .....

**Radiothérapie**      *Si oui, précisez :*  
date de début : .....date de fin : .....  
Champ d'irradiation :  
 testicule       axe hypothalamo-hypophysaire       autre : .....

**Chirurgie**      *Si oui, précisez :*  
date de chirurgie : .....  
Type de chirurgie :  gonadique:       urologique       autre : .....

**Autres traitements** (allogreffe/autogreffe,...)      *Si oui, précisez : .....*

#### Traitements prévus :

**Chimiothérapie**      *Si oui, précisez :*  
date de début : .....date de fin : .....  
Protocole : .....

**Radiothérapie**      *Si oui, précisez :*  
date de début : .....date de fin : .....  
Champ d'irradiation :  
 testicule       axe hypothalamo-hypophysaire       autre : .....

**Chirurgie**      *Si oui, précisez :*  
date de chirurgie : .....  
Type de chirurgie :  gonadique: .....       urologique       autre : .....

**Autres traitements** (allogreffe/autogreffe,...)      *Si oui, précisez : .....*

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

Taille : ..... Poids : ..... BMI : .....  
Consommation de toxiques : tabac  cannabis   
Antécédent de fièvre dans les 3 derniers mois : .....  
Antécédents médico chirurgicaux notables : .....  
Antécédents urologiques : .....

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

à prévoir       déjà réalisés

Spermogramme

Test de migration survie

Spermoculture :

**sérologies < 3 mois avant la congélation de sperme :**

- VIH : .....
- VHB (Ag HBs, Ac antiHBc, Ac antiHBs) : .....
- VHC : .....
- Syphilis (TPHA/VDRL) : .....

**CONDUITE A TENIR PROPOSEE**

.....

.....

.....

.....

.....