

Préservation de la fertilité non médicale



- Fiche à remplir par votre gynécologue et à nous retourner par mail à pmapourtoutes@chu-lille.fr
- Joindre la copie de l'échographie récente avec compte des follicules antraux

Identification de la patiente :

Nom : Epouse : Prénom :
Date de naissance : ... / ... / ... Age :
Adresse :
Téléphone :
Numéro de Sécurité Sociale :

Données cliniques :

Taille : Poids : IMC :
Antécédents notables :
.....
.....
Parité :
Contraception : ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle et depuis quand :
Traitement(s) en cours : ☐ Oui ☐ Non Si oui, le(s)quel(s) :

Evaluation de la réserve ovarienne :

Echographie (à joindre en copie) :

Date :
CFA :

AMH :

Date :
Taux (en pmol/l) :
Dosée sous pilule : ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature et cachet du gynécologue :