

**Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) Cancer et Fertilité  
Fiche de coordination**

**Médecins traitants**

Nom du médecin demandeur :

Téléphone :

Autres médecins impliqués et service :

Téléphone :

**Identité de la patiente à remplir à la main ou étiquettes Diogènes (HUG)**

Nom de la patiente :

Téléphone :

Date de naissance :

Portable :

Etat civil (mariée, célibataire seule ou avec conjoint) :

**Nature de la demande**

**Situation Oncologique**

Diagnostic (type cancer, classification TNM + date) :

Date divers traitements :

- chirurgie
- chimiothérapies reçues/planifiées
- radiothérapie

Où en est la patiente dans sa prise en charge ?

Documents annexés :  compte rendu opératoire  anatomopathologie  lettres  radiologie

**Situation de fertilité**

Gestité :

Parité :

Date des dernières règles :

Contraception :

Antécédents de gynécologiques et obstétricaux :

Date et heure de la demande

Signature et tampon du médecin :