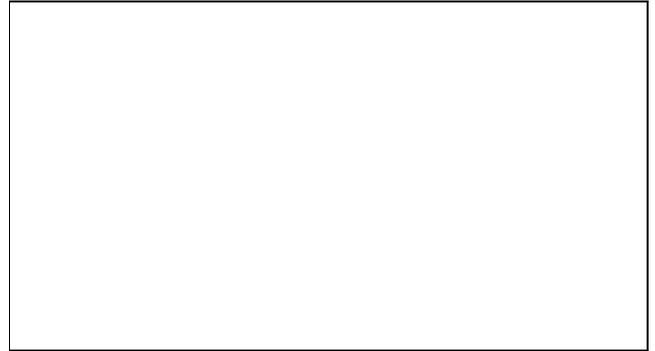




HSJ-1988



**DEMANDE DE CONSULTATION EN ONCO-FERTILITÉ AU CENTRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE  
DU CHU SAINTE-JUSTINE**

<b>Coordonnées du CPA du CHU Sainte-Justine :</b> Téléphone : 514-345-4883 Veuillez télécopier ce formulaire au : 514-345-4914		<b>Date :</b> _____ AAAA/MM/JJ	
<b>Provenance de la demande :</b>			
<input type="checkbox"/> Interne (CHUSJ) Département ou clinique : _____		<input type="checkbox"/> Externe Établissement : _____	
<b>Urgent :</b>		<b>Fertilité :</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Féminine <input type="checkbox"/> Masculine	
<b>Équipe traitante :</b>			
Infirmière pivot : _____ <small style="display: block; text-align: center;">Nom en lettre moulées</small>		Médecin traitant : _____ <small style="display: block; text-align: center;">Nom en lettre moulées</small>	
Téléphone : _____		Téléphone : _____	
Adresse courriel : _____		Adresse courriel : _____	
		Numéro de permis : _____	
<b>Niveau de risque d'infertilité :</b>		<b>Diagnostic :</b>	
<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Élevé <input type="checkbox"/> Inconnu			
<b>Plan de traitement :</b>		<b>Date souhaitée pour début du traitement oncologique :</b>	
<b>Commentaires :</b>			
<b>Professionnel de la santé référent :</b> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Infirmière pivot <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			
_____	_____	_____	_____
Nom en lettre moulées	Téléphone	Adresse courriel	Signature
			Date (AAAA/MM/JJ)