



Centre de la reproduction du CUSM
Référence pour préservation de la fertilité

MUHC Reproductive Centre
Referral for fertility preservation

Date: _____
AAYY/MM/JD

Questions? Composez le :
Please call :

514-843-1650

Veillez télécopier ce formulaire au :
Please fax this form to:

514-843-1496

Urgent : **Oui**
Yes

Non
No

Fertilité
Fertility

Masculin
Male

Féminin
Female

**Médecin traitant
en oncologie**
*Treating physician
in oncology*

*Nom en lettres moulées
Name in print*

*Téléphone
Telephone*

*Hôpital
Hospital*

Signature

*No de permis
Licence No.*

Date (AAYY / MM / JD)

Professionnel de la santé référent
Referring health care provider

Médecin
Physician

Infirmier(ère)
Nurse

Professionnel paramédical
Allied health professional

*Nom en lettres moulées
Name in print*

*Téléphone
Telephone*

*Hôpital
Hospital*

Signature

Date (AAYY / MM / JD)

Diagnostic
Diagnosis

Plan de traitement
Treatment plan

Début de traitement prévu
dans ___ jours semaines

Expected start of treatment
in ___ days weeks

Commentaires
Comments

