



Centre hospitalier de St. Mary
St. Mary's Hospital Center



STMCOR700

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

MUHC Reproductive Centre
Referral for fertility preservation

Date: _____
AAYY/MM/JD

Veuillez étamper la carte d'hôpital ou compléter
Please stamp hospital card or complete

MRN

Nom
Name

Téléphone
Telephone

NAM

Date d'expir.
Exp. Date

Date de naissance
Date of birth

Questions? Composez le :
Please call :

514-843-1650

Veillez télécopier ce formulaire au :
Fax this form to:

514-843-1496

Urgent : **Oui** **Non**
Yes Non

Fertilité **Masculine** **Féminine**
Fertility Male Female

Médecin traitant
en oncologie

Treating physician
in oncology

Nom en lettres moulées
Name 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

Infirmière
Nurse

Professionnel paramédical
Allied health professional

Nom en lettres moulées
Name 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



Réseau de
cancérologie
Rossy

Rossy
Cancer
Network