



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

MUHC Reproductive Centre
Referral for fertility preservation

Date: _____
AAYY/MM/JD

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

MRN

Nom
Name

Téléphone
Telephone

NAM

Date d'expiration
Expiry date

Date de naissance
Date of birth

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 Masculin Féminin
Fertility Male 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

