



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

MUHC Reproductive Centre
Referral for fertility preservation

Date: _____
AAYY/MM/JD

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**
Yes

Non
Non

Fertilité **Masculine**

Male

Féminine
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

