

Annexe II : Fiches d'initiation, de suivi et de fin de traitement

RTU Ovitrelle FICHE D'INITIATION DE TRAITEMENT	
Date de la visite : _ _ _ _ _ _ _ _	
Patient: Initiales* (Nom – Prénom) : _ _ _ – _ _	Date de naissance*: _ _ _ _ _ _
*Un numéro de patient sera généré.	
Motif d'instauration du traitement par Ovitrelle	
<input type="checkbox"/> Traitement de l'infertilité masculine par insuffisance de la spermatogénèse en cas d'hypogonadisme hypogonadotrope en association avec les spécialités à base de FSH.	
<input type="checkbox"/> Test de stimulation de la fonction leydigienne du testicule chez l'homme adulte et chez l'enfant pour exploration d'un trouble de la différenciation sexuelle, micropénis et hypospadias.	
INSTAURATION du traitement par Ovitrelle	
Date de la première injection par Ovitrelle : _ _ _ _ _ _ _ _	
Nombre de clicks par injection : _ _ _ Nombre d'injection/semaine : _ _ _	
Instauration d'un traitement concomitant par FSH OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Nom de la spécialité :	
Date de la première injection par (Nom de la spécialité de FSH) :	
préciser la posologie :	
Nombre de UI par injection : _ _ _ Nombre d'injection/semaine : _ _ _	

Médecin :
Nom :
Spécialité :
Adresse :
Courriel :
Date :
Signature :

Compléter et renvoyer cette fiche à la cellule RTU OVITRELLE

Fax : 02 46 99 03 76
Courriel : rtu-ovitrelle@euraxipharma.fr