

RTU Ovitrelle
FICHE DE FIN DE TRAITEMENT

Date de visite : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Patient: Initiales* (*Nom – Prénom*) : |_|_|_|-|_|

Date de naissance*: |_|_| |_|_|_|_|

*Un numéro de patient sera généré.

Traitement de l'infertilité masculine par insuffisance de la spermatogénèse en cas d'hypogonadisme hypogonadotrope en association avec les spécialités à base de FSH

Date de la dernière injection par Ovitrelle : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Raison principale de la fin de traitement :

- Normalisation de la testostérone circulante : NON OUI

- Effet indésirable : NON OUI, si *OUI*, procéder à la déclaration de l'effet indésirable (cf modalités en Annexe V)

Si autre raison, préciser :

- Date de la dernière injection de FSH (Préciser quelle spécialité de FSH)

Durée de traitement :

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

Date de la dernière injection par Ovitrelle : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Raison principale de la fin de traitement :

- Test à l'hCG positif : NON OUI

- Effet indésirable : NON OUI, si *OUI*, procéder à la déclaration de l'effet indésirable (cf modalités en Annexe V)

- Si autre raison, préciser :

Durée de traitement :

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