

RTU Ovitrelle
FICHE DE SUIVI DE TRAITEMENT N°

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

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

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

*Un numéro de patient sera généré.

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

Nombre de clicks par injection : |_|_|_|

Nombre d'injection/semaine : |_|_|_|

Instauration du traitement par FSH OUI NON

Nom de la spécialité de FSH :

Date de la première injection par (Nom de la spécialité de FSH) :

préciser la posologie :

Nombre de UI par injection : |_|_|_| Nombre d'injection/semaine : |_|_|_|

Efficacité du traitement : OUI NON

Chez l'adulte :

- Préciser le taux de testostérone (si disponible):
- Préciser le taux de spermatozoïdes (si disponible):
- Grossesse du partenaire :

Sécurité d'emploi :

Le patient a-t-il présenté un ou plusieurs effets indésirables pendant le traitement ?

oui non

Si oui, procéder à la déclaration des effets indésirables (cf modalités en annexe V)

Le traitement par Ovitrelle a-t-il été modifié ?

oui non

Si oui, veuillez préciser :

Modification de la posologie : Oui Non Interruption du médicament : Oui Non

Si oui, veuillez en donner la raison :

Nouvelle dose prescrite : | || || | clicks/injection

Nouvelle dose prescrite : | || || | injection/semaine

Date d'interruption du médicament : (JJ/MM/AAAA) : | || | / | || | / | || || |

Date de reprise du médicament : (JJ/MM/AAAA) : | || | / | || | / | || || |

Durée de l'interruption du médicament : | || || | jours

3. Le traitement par Ovitrelle a-t-il été arrêté de façon permanente ?

oui non

Si oui, merci de remplir la fiche d'arrêt du traitement (voir ci-après).

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