

Nebido® (Testosteroni undecanoas)**Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil**

Limitatio: Hypogonadisme primaire et secondaire. Garantie préalable de prise en charge de coûts par le médecin-conseil de l'assureur.

Données du patient

Nom:

Prénom:

né le:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance-maladie:

Numéro d'assuré:

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales (à l'intention exclusivement du médecin-conseil):

a) Le diagnostic est:

Hypogandisme primaire

Hypogandisme secondaire

b) Concentration de testostérone sérique*:

Date:

Tot de testostérone:

Testostérone libre

1. mesure:

2. mesure:

*Un taux de testostérone total de <8nmol/l ou de 8-11 nmol/l et de la testostérone libre de <220pmol/l indique un hypogonadisme.

Symptômes:**Médecin requérant:**

Nom:

Prénom:

Adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date: