

**Testostéron-Mepha® (Testosteroni undecanoas)**

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

**Limitatio:** Hypogonadisme primaire et secondaire.

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

**Données du patient**

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>	né le:	<input type="text"/>	
Rue:	<input type="text"/>	Complément d'adresse:	<input type="text"/>			
NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>			
Numéro d'assuré:	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Complément d'adresse:	<input type="text"/>		NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>

**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:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. mesure:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**Symptômes:****Médecin requérant:**

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>			
Adresse:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>	
Tél.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>	
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:	<input type="text"/>		Département:			<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>					