Ordonnance

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☐ **Mavenclad®** comprimés 10 mg (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Mavenclad®** comprimés 10 mg (4 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Mavenclad®** comprimés 10 mg (6 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie	En fonction du poids, selon les tableaux pour la posologie de l'information professionnelle de Mavenclad® www.swissmedicinfo.ch **Nombre de comprimés semaine 1:** _____ **Nombre de comprimés semaine 2:** _____ **Poids du patient:** _____ **kg**
Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ 1er cycle de traitement ☐ 2ème cycle de traitement
Garantie de prise en charge	☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) ☐ A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès de la caisse-maladie. Veuillez s.v.p. remplir les informations sur la page suivante.
Service Home Care	Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService: ☐ Oui ☐ Non

Adresse de livraison

☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ Pharmacie d'hôpital

_____

_____

_____

_____

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Signature du médecin

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

Date, Timbre / Signature

02308

© MediService AG / Version: 19ANDBUS03DF_e

MAVENCLAD® (CLADRIBINE)

MEDICAMENT CONTRE LA SCLEROSE EN PLAQUES

DEMANDE DE GARANTIE DE PRISE EN CHARGE

1. INFORMATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT PAR MAVENCLAD®

- Traitement par voie orale adapté au poids.
- Dose cumulée recommandée: 3,5 mg/kg de poids corporel sur 2 ans, administrée en un cycle de traitement de 1,75 mg/kg par an.
- Aucun traitement supplémentaire par MAVENCLAD® nécessaire au cours des années 3 et 4.

2. INDICATION POUR MAVENCLAD®

MAVENCLAD® est indiqué chez les adultes dans le traitement des formes très actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente, définies par des paramètres cliniques ou l'imagerie.

3. RÉMUNÉRATION (SELON LA LISTE DES SPÉCIALITÉS)

☐	**PATIENTS SANS TRAITEMENT ANTÉRIEUR** Pour les patients naïfs de traitement, le remboursement est basé sur les directives cliniques actuelles, telles que celles de la DGN.
☐	**PATIENTS AVEC TRAITEMENT ANTÉRIEUR** Patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (d'au moins 6 mois).

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (SI DISPONIBLE)

Traitement actuel:

Durée du traitement actuel:

Commentaires:

4. DONNÉES PERSONNELLES DU PATIENT/DE LA PATIENTE

Nom:	Prénom:
Date de naissance:	☐ masculin ☐ féminin
Poids:	Téléphone:
Adresse:	
NPA/Localité:	
Caisse maladie:	N° d'assuré:

5. MÉDECIN RÉFÉRENT (NEUROLOGUE)

Nom:	Prénom:
Adresse:	
NPA/Localité:	Titre FMH:
Téléphone:	Fax:
Si hôpital, nom:	N° RCC:

Date, signature:

CH-MAV-00052 12/2022