

Inscription Home Care

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
Prénom, nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

☞ Par la présente, je mandate une infirmière spécialisée de MediService Home Care, pour contacter le patient pour un accompagnement personnalisé (visites à domicile, téléphone, appels vidéo) sur la médication prescrite et en général sur la sclérose en plaques.

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données du patient de manière strictement confidentielle et à ne pas les transmettre à des tiers.

☞ Avant le début de l'accompagnement thérapeutique, une déclaration écrite de consentement du patient est obtenue par MediService.

☞ Prenez garde à ce que le médicament soit à disposition du patient au moment de l'instruction.

Le médecin souhaite bénéficier du service patient Biogen MS Care par l'équipe MediService Home Care pour le médicament contre la SEP suivant:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avonex® | <input type="checkbox"/> Tecfidera® |
| <input type="checkbox"/> Plegridy® | <input type="checkbox"/> Vumerity™ |

J'ai prescrit la posologie suivante à mon patient:

Administration des injections ou perfusion réalisée par une infirmière MediService dans mon cabinet:

- Tysabri™ *

* Le soutien thérapeutique par MediService Home Care n'est possible que si le médicament est obtenu auprès de MediService.

Remarques:

<p>Important: La doctoresse / le docteur confirme par sa signature que la patiente / 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. La doctoresse / le docteur confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / 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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p>
	<p>Date, Timbre / Signature</p>