

Inscription au programme Home Care Hemlibra® de Roche

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°:	Caisse-maladie:
NPA/Localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

- ☞ Par la présente, je mandate un(e) infirmier/ère spécialisé(e) de MediService Home Care de contacter la/le patient(e) concernant les points suivants:
- Formation personnelle à l'auto-injection à domicile du médicament Hemlibra®
Les formations aux injections sont généralement dispensées par MediService à partir de la 5^e injection, directement après les 4 premières injections administrées au centre d'hémophilie.
 - Accompagnement personnel dans l'utilisation de Hemlibra® et dans la gestion générale de l'hémophilie A
- ☞ Renseignements et assistance sur le programme Home Care Hemlibra pour les médecins et le personnel soignant au numéro de téléphone 032 686 28 56
- ☞ MediService s'engage à traiter toutes les données de la patiente / du patient de manière strictement confidentielle, conformément aux dispositions suisses actuelles en matière de protection des données.
- ☞ Avant le début de l'accompagnement thérapeutique, MediService se procure une déclaration écrite de consentement de la patiente / du patient.
- ☞ Veuillez-vous assurer que la patiente / le patient dispose du médicament et du matériel nécessaire à la date d'instruction

Remarques:

<p>Important: Le docteur / la doctoresse 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. Le docteur / la doctoresse 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>Signature du médecin</p>
<p>Avez-vous signé le formulaire? Veuillez envoyer le formulaire à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Date, Timbre / Signature</p>