MediService by Redcare

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: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, Nom:	Tél.:
Rue/N°:	Caisse-maladie:
NPA/Localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☞ Je confirme par la présente que l'assistance à l'injection d'Hemlibra® est déléguée à MediService Home Care au domicile ou au travail du patient. MediService garantit que les formations sur les thérapies par injections sous-cutanées sont dispensées uniquement par du personnel soignant disposant d'une formation spécialisée. L'administration d'Hemlibra® se fait conformément à l'information professionnelle suisse (www.swissmedicinfo.ch)

☞ Par la présente, je mandate un infirmier spécialisé de MediService Home Care de contacter le patient 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 5e injection, directement après les 4 premières injections administrées au centre d'hémophilie.
- L'étendue du service d'injection de MediService est limitée à 5 assistances à l'injection au maximum par patient, à domicile ou au travail.
- Accompagnement personnel dans l'utilisation de Hemlibra® et dans la gestion générale de l'hémophilie A

☞ Veuillez noter que Hemlibra® et le matériel d'injection correspondant doivent être disponibles le jour de l'injection.

☞ 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 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 du patient.

Remarques:

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 le formulaire? Veuillez envoyer le formulaire à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.	Date, Timbre / Signature

© MediService AG / Version: 24MSE0010DF_b