

Inscription au programme Home Care de Sandoz

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 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 de MediService.

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

Home Care - soutien thérapeutique pour le médicament contre la SEP suivant:

- Fingolimod-Sandoz® Teriflunomid-Sandoz® Diméthylfumarate Sandoz®

Surveillance de la dose initiale par une infirmière MediService dans mon cabinet:

- Fingolimod-Sandoz®

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>