

MediService
by Redcare

Inscription au programme d'assistance aux patients pour Arikayce®

Données du médecin traitant	
Civilité	
Prénom / Nom	Tél.
Cabinet / clinique	N° RCC / GLN
Rue / N°	Fax
NPA / localité	E-mail
Données du / de la patient(e)	Langue du patient ☐ F ☐ A ☐ I
Civilité	
Prénom, nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

Inscription

Je demande l'admission de mon/ma patient(e) dans le programme d'assistance aux patients pour le médicament Arikayce® liposomal 590 mg dispersion pour inhalation par nébuliseur ou le système d'inhalation Lamira®, conformément à l'ordonnance. En fonction du traitement, le programme d'assistance aux patients peut comprendre différentes prestations d'aide à la prise correcte du médicament Arikayce®. Toutes les prestations sont dispensées exclusivement par un(e) infirmier/ère spécialisé(e) qui est soumis(e) aux instructions du médecin.

Echange d'informations avec le/la patient(e)

J'autorise MediService à contacter directement le/la patient(e) et à échanger avec elle/lui les informations pertinentes pour l'aider à suivre son traitement dans le cadre des prestations suivantes qui me sont demandées:

- Instruction sur l'utilisation d'Arikayce®, y compris le matériel d'inhalation, avec des informations p. ex. sur l'hygiène, la préparation de l'inhalation, la prévention des erreurs fréquentes, l'élimination, la constitution des stocks
- Gestion des effets secondaires
- Utilisation du médicament au quotidien (stockage, accessoires, voyages, précautions)
- Possibles mesures favorisant l'observance pendant le traitement
- Conseil téléphonique (du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 sauf jours fériés)

Schéma de contact pour la première année de traitement:

Calendrier	Jour 1	Jour 2	Semaine 4	Mois 4	Mois 6	Mois 12
Contact MediService	Visite	Visite	Visite / appel vidéo	Appel téléphonique / vidéo	Appel téléphonique / vidéo	Appel téléphonique / vidéo

Schéma de contact pour la 2^e année de traitement: appel téléphonique aux mois 15 et 18

Les contacts effectifs avec les patients peuvent s'écarter du plan standard en fonction des besoins individuels des patients et du médecin prescripteur.

La formation initiale

- ☐ La formation initiale doit être dispensée par le médecin traitant à la clinique, en présence de l'infirmier/ère de MediService (réactions d'hypersensibilité potentiellement mortelles, y compris anaphylaxie).
Coordination des rendez-vous par l'infirmier/ère de MediService.
- ☐ La formation initiale doit être dispensée directement au domicile du patient par l'infirmier/ère de MediService.
- ☐ Préparation de l'ordonnance de médicaments d'urgence par l'infirmier/ère de MediService.

Inscription au programme d'assistance aux patients pour Arikayce®

Données du médecin traitant	
Civilité	
Prénom / Nom	Tél.
Cabinet / clinique	N° RCC / GLN
Rue / N°	Fax
NPA / localité	E-mail
Données du / de la patient(e)	Langue du patient ☐ F ☐ A ☐ I
Civilité	
Prénom, nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

Droits et obligations

Par cette inscription, je confirme que la présente inscription au programme PSP est nécessaire pour le traitement du/de la patient(e), qu'elle est dans l'intérêt du/de la patient(e) et qu'elle est conforme aux principes généralement reconnus de la profession médicale. Je confirme en outre avoir été informé(e) que les coûts du programme d'assistance aux patients sont entièrement pris en charge par le fabricant d'Arikayce®, la société Insmed Inc., et ne sont donc pas facturés à la caisse-maladie du/de la patient(e). Ce fait n'a pas influencé la décision thérapeutique du médecin traitant. Je confirme en outre que la souveraineté thérapeutique reste à tout moment entre les mains du médecin traitant, malgré l'externalisation des prestations de soutien.

Protection des données / traitement des données

J'accepte que les données de santé personnelles du/de la patient(e) que j'ai divulguées (adresse, coordonnées, médicaments, antécédents médicaux) ainsi que les données sur les prestations utilisées soient saisies, enregistrées, traitées par MediService et utilisées aux fins du programme PSP, pour autant qu'elles soient traitées de manière strictement confidentielle et traitées conformément à la loi suisse sur la protection des données. MediService ne transmettra aucune donnée de santé personnelle non cryptée au fabricant du médicament ou du dispositif médical permettant d'identifier le/la patient(e). La transmission des données de santé à caractère personnel doit impérativement être approuvée par le/la patient(e) au moyen d'un consentement séparé, que MediService se procurera auprès du/de la patient(e) avant le début du programme.

Pour toute question ou préoccupation concernant le contenu de l'inscription ou le programme d'assistance aux patients proposé, MediService est joignable à l'adresse suivante:

homecare@mediservice.ch/Tél.: 032 686 28 28 ou MediService SA, Ausserfeldweg 1, CH-4528 Zuchwil.
MediService mettra tout en œuvre pour répondre rapidement aux questions.

Autres remarques:

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.	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