Ricetta medica

MediService by Redcare

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	Lingua ☐ I ☐ F ☐ T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

☐ **Winrevair®** kit da 45 mg (1 pz) 1 fiala con polvere + solvente per la preparazione di una soluzione iniettabile	_____ **Quantità confezioni**
☐ **Winrevair®** kit da 45 mg (2 pz) 2 fiale con polvere + solvente per la preparazione di una soluzione iniettabile	_____ **Quantità confezioni**
☐ **Winrevair®** kit da 60 mg (1 pz) 1 fiala con polvere + solvente per la preparazione di una soluzione iniettabile	_____ **Quantità confezioni**
☐ **Winrevair®** kit da 60 mg (2 pz) 2 fiale con polvere + solvente per la preparazione di una soluzione iniettabile	_____ **Quantità confezioni**

Posologia _____

Validità della ricetta	☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte
Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia) ☐ Da richiedere tramite MediService. MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi alla cassa malati. La preghiamo di compilare le informazioni nella pagina seguente.
Servizio Home Care	☐ sì ☐ no Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico* di un infermiere di MediService specializzato in ipertensione polmonare ☐ sì ☐ no Il medico desidera il coordinamento degli esami di controllo del sangue da parte di un infermiere di MediService specializzato in ipertensione polmonare * Su richiesta, il servizio può includere istruzioni per l'iniezione a domicilio. * Maggiori informazioni sono consultabili all'indirizzo: https://www.mediservice.ch/it/downloads/ph-care-msd.php

Indirizzo di consegna

☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato
☐ Altro indirizzo di consegna (CH), a lato ☐ Farmacia dell'ospedale, a lato

_____
_____
_____
_____

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: _____

Importante
Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.

Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a **contact@mediservice.ch** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**

Firma del medico

Data, Timbro / Firma

02620

© MediService AG / Version: 24MSE0054DFI_a

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefono 032 686 20 20

Richiesta di garanzia di pagamento

MediService by Redcare

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	Lingua ☐ I ☐ F ☐ T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Da richiedere tramite MediService. MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi per Winrevair alla cassa malati. In questo caso, la preghiamo di compilare le seguenti informazioni cliniche.

In caso di prima prescrizione* di Winrevair® i criteri da soddisfare sono:

☐ Classe funzionale (CF) OMS II – III.
☐ IAP con una delle seguenti eziologie: IAP idiopatica ed ereditaria, IAP associata a una malattia del tessuto connettivo, IAP indotta da medicamenti o tossine oppure IAP correlata a un difetto cardiaco congenito con shunt riparati.
☐ Il paziente riceve già da ≥ 4 mesi almeno una terapia standard di combinazione per la IAP con comprovata efficacia insufficiente o una monoterapia, in caso di intolleranza accertata a una delle terapie standard, con comprovata efficacia insufficiente.
☐ RVP (resistenza vascolare polmonare) ≥ 5 UW (unità Wood)
☐ Somministrazione di WINREVAIR® secondo l'informazione professionale.

Inizio previsto della terapia: _____

*La prima prescrizione viene effettuata in un centro specializzato nel trattamento dell'ipertensione polmonare. La prescrizione viene effettuata da un medico specialista in pneumologia o cardiologia (FMH) con esperienza nel trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare (IAP).

Importante:
Tramite la propria firma, il medico conferma quanto segue:
(1) il medico ha informato il paziente del coinvolgimento dell'azienda MediService SA nell'ambito della garanzia di assunzione dei costi;
(2) il medico ha informato il paziente in merito alla dichiarazione sulla protezione dei dati dell'azienda MediService SA (consultabile sul sito: https://www.mediservice.ch/it/protezione-dei-dati.php);
(3) il medico ha spiegato al paziente che il coinvolgimento dell'azienda MediService SA è volontario; e
(4) che il paziente, dopo essere stato informato, abbia espressamente acconsentito al coinvolgimento di MediService e alla trasmissione dei dati tra il medico e MediService AG e tra MediService AG e l'assicuratore malattia.
Inoltre, il medico conferma di aver preso personalmente nota della dichiarazione sulla protezione dei dati dell'azienda MediService SA (consultabile al medesimo link).

La preghiamo di mandare il modulo firmato a **contact@mediservice.ch** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**	**Firma del medico**
	Data, Timbro / Firma

02626

© MediService AG / Version: 24MSE0060DF_a

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefono 032 686 20 20

Richiesta di garanzia di pagamento

MediService by Redcare

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	Lingua ☐ I ☐ F ☐ T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Da richiedere tramite MediService. MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi per Winrevair alla cassa malati. In questo caso, la preghiamo di compilare le seguenti informazioni cliniche.

In caso di una richiesta successiva* (12 mesi dopo la prima domanda e alla terapia con Winrevair®):

☐ La prima richiesta ha avuto esito positivo
☐ Comprovato miglioramento o stabilizzazione di:
- CF OMS oppure
- NT-proBNP e 6MWD (distanza percorsa nel test del cammino di 6 minuti)

In caso di richiesta successiva* a partire dal terzo anno di trattamento:

☐ Valutazione positiva dell'efficacia clinica da parte di un medico specialista in pneumologia o cardiologia (FMH)

*La prescrizione viene effettuata da un medico specialista in pneumologia o cardiologia (FMH) con esperienza nel trattamento dell'ipertensione arteriosa polmonare (IAP).

Importante:
Tramite la propria firma, il medico conferma quanto segue:
(1) il medico ha informato il paziente del coinvolgimento dell'azienda MediService SA nell'ambito della garanzia di assunzione dei costi;
(2) il medico ha informato il paziente in merito alla dichiarazione sulla protezione dei dati dell'azienda MediService SA (consultabile sul sito: https://www.mediservice.ch/it/protezione-dei-dati.php);
(3) il medico ha spiegato al paziente che il coinvolgimento dell'azienda MediService SA è volontario; e
(4) che il paziente, dopo essere stato informato, abbia espressamente acconsentito al coinvolgimento di MediService e alla trasmissione dei dati tra il medico e MediService AG e tra MediService AG e l'assicuratore malattia.
Inoltre, il medico conferma di aver preso personalmente nota della dichiarazione sulla protezione dei dati dell'azienda MediService SA (consultabile al medesimo link).

La preghiamo di mandare il modulo firmato a **contact@mediservice.ch** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**	**Firma del medico**
	Data, Timbro / Firma

02626

© MediService AG / Version: 24MSE0060DF_a

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefono 032 686 20 20