MediService by Redcare

Iscrizione al programma Hemlibra® Roche Home Care

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome / Cognome	Tel.
Studio medico / Clinica	N. RCC / GLN
Via / N.	Fax
NPA / Località	E-mail
Dati del paziente (etichetta paziente)	Lingua del paziente ☐ D ☐ F ☐ I
Nome / Cognome	Tel.
Via / N.	Cassa malati
NPA / Località	N. assic.
Data di nascita	E-mail

☞ Con la presente confermo che il supporto per l'iniezione di Hemlibra® presso il domicilio o il posto di lavoro della o del paziente viene delegato a MediService Home Care. MediService garantisce che i corsi di formazione sulle terapie iniettive sottocutanee sono tenuti solo da personale infermieristico con formazione specialistica. La somministrazione di Hemlibra® avviene conformemente all'Informazione professionale svizzera (www.swissmedicinfo.ch)

☞ Con la presente incarico il personale infermieristico specializzato di MediService Home Care di contattare la/il paziente riguardo ai seguenti punti:

- Formazione personale sull'autoiniezione domiciliare del medicinale Hemlibra®
  I corsi di formazione sull'iniezione vengono organizzati da MediService generalmente a partire dalla 5ª iniezione, immediatamente dopo le prime 4 iniezioni praticate presso il centro per l'emofilia.
- L'estensione del servizio di iniezione da parte di MediService è limitata a un massimo di 5 supporti per l'iniezione presso il domicilio o il posto di lavoro di ogni paziente.
- Assistenza personale nell'utilizzo di Hemlibra® e nella gestione generale della malattia dell'emofilia A

☞ Si prega di notare che Hemlibra® e i relativi materiali per l'iniezione devono essere disponibili il giorno stabilito per l'iniezione.

☞ Informazioni e assistenza per medici e personale infermieristico in merito al programma Hemlibra® Home Care sono disponibili al numero telefonico 032 686 28 56

☞ MediService si impegna a trattare tutti i dati delle e dei pazienti con la massima riservatezza conformemente alle vigenti disposizioni svizzere in materia di protezione dei dati.

☞ Prima di iniziare l'accompagnamento terapeutico, MediService richiede una dichiarazione di consenso scritto da parte della o del paziente.

Osservazioni / Informazioni:

Importante Con la propria firma, il medico conferma che il paziente ha acconsentito all'accompagnamento terapeutico con MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi al produttore del farmaco per fini statistici e in caso di reazioni avverse.	**Firma del medico**
Ha firmato il modulo? Si prega di inviare il modulo a **contact@mediservice.ch** o via fax al numero **032 686 20 30**.	Data, timbro / firma

© MediService AG / Version: 24MSE0010DF_b