

## Inscription au programme argenx Vyvgart® Home Care

### Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)

Prénom, Nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/Localité:	E-mail:
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	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:

### Indication de la patiente / du patient:

Myasthénie grave généralisée

Autres: \_\_\_\_\_

(Dans ce cas, argenx vérifie si une prise en charge à domicile est possible. Veuillez vous assurer que la caisse-maladie a garanti la prise en charge des coûts.)

### Forme galénique

VYVGART conc perf 400 mg/20 ml (i.v.)

VYVGART sol inj 1000 mg/5,6 ml (s.c.)

### Mandat de soins à domicile

Par cette inscription, je charge un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) de MediService Home Care d'assister la patiente / le patient dans les domaines suivants:

- **Formation** à l'utilisation de Vyvgart® (à domicile, en cabinet ou à l'hôpital)
- **Accompagnement** dans la gestion de Vyvgart® et de la maladie – en personne, par téléphone ou par vidéoconférence

### Prestation supplémentaire en option

Réalisation du profil MG-ADL par le personnel infirmier.

Je souhaite que le score MG-ADL soit établi par l'infirmier(ère) Home Care.

### Objectifs de la prise en charge à domicile

- Encourager l'observance thérapeutique
- Soulager le personnel médical spécialisé
- Réduire les trajets vers le centre de traitement – pour améliorer la qualité de vie
- Renforcer la responsabilité individuelle et mieux sensibiliser les patientes et patients

### Autres remarques

- Toutes les données patients sont traitées de manière strictement confidentielle conformément aux dispositions suisses actuelles en matière de protection des données.
- Avant le début de la prise en charge, un consentement écrit de la patiente / du patient est demandé.
- Veuillez vous assurer que le médicament ainsi que le matériel nécessaire seront disponibles le jour de la formation.

### Remarques / informations complémentaires:

#### 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.

**Avez-vous signé le formulaire?** Veuillez envoyer le formulaire à [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

#### Signature du médecin

Date, Timbre / Signature