

Ordonnance

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°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

<input type="checkbox"/> VYVGART® conc perf 400 mg/20 ml (i.v.)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> VYVGART® sol inj 1000 mg/5.6 ml (s.c.)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> NaCl solution 9 mg/ml (0.9 %) 100 ml	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> NaCl solution 9 mg/ml (0.9 %) 250 ml	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Accessoires de perfusion: Set de perfusion Promedical, filtre de perfusion, récipient pour déchets		
<input type="checkbox"/> Accessoires d'injection: Venofix Safety 25G, seringue 10ml, aiguille 18G, compresse, pansements, récipient pour déchets		

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois Renouvelable ____ fois

Garantie de prise en charge
 Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)
 A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès de la caisse-maladie.
Veuillez s.v.p. remplir les informations sur la page suivante.

Indication
 Myasthénie grave généralisée avec présence d'anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine
 autres: _____

Service Home Care
 Le médecin souhaite profiter au Service Home Care. Veuillez remplir le formulaire „Inscription au programme argenx Vyvgart® Home Care" à la page 3.

Adresse de livraison
 Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) Pharmacie d'hôpital

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

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 l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

Demande de prise en charge

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°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

Garantie de prise en charge A demander par MediService:
 MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge pour **Vyvgart®** auprès de la caisse-maladie. Dans ce cas, veuillez s.v.p. remplir les informations cliniques ci-dessous.

Traitement(s) actuel(s) _____

Traitement(s) antérieur(s) _____

Hospitalisations dans les deux années précédentes Oui, nombre et durée du/des séjour(s): _____

 Non

Remarques _____

Important:
 Par sa signature le médecin confirme ce qui suit :
 (1) que le médecin a informé le patient de l'implication de MediService SA dans le cadre de la procédure de la garantie de prise en charge des coûts ;
 (2) que le médecin a attiré l'attention de le patient sur la déclaration de protection des données de MediService SA (disponible sous : <https://www.mediservice.ch/de/cookie-policy.php>) ;
 (3) que le médecin a expliqué à la ou au patient que l'implication de MediService SA est facultative ; et
 (4) que le patient - après avoir été informé - a expressément consenti à l'implication de MediService et à la transmission des données entre le médecin et MediService SA et entre MediService SA et l'assureur-maladie.
 Par ailleurs, le médecin confirme avoir lui-même pris connaissance de la déclaration de protection des données de MediService AG (même lien).

Merci de nous envoyer le formulaire signé à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30 .	Signature du médecin
	Date, Timbre / Signature

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:
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:

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.)

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 ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature