MediService by Redcare

Inscription à AstraZeneca WAINZUA®

Programme de soins à domicile «Acapella»

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:** ☐ **F** ☐ **A** ☐ **I**
Prénom, Nom:	Tél.:
Rue/N°:	Caisse-maladie:
NPA/Localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☞ Je mandate par la présente une infirmière spécialisée de MediService Home Care pour contacter le patient concernant les points suivants:
- formation personnelle à l'utilisation du médicament Wainzua® au domicile / au cabinet / à l'hôpital
- accompagnement personnel dans l'utilisation de Wainzua® et dans la gestion générale de la polyneuropathie en lien avec l'amylose héréditaire à transthyrétine (hATTR).

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données du patient de manière strictement confidentielle, conformément aux dispositions suisses actuelles en matière de protection des données.

☞ Avant le début de l'accompagnement thérapeutique, MediService se procure une déclaration écrite de consentement du patient.

☞ Veuillez-vous assurer que le patient dispose du médicament et du matériel nécessaire à la date d'instruction.

Remarques/informations:

Important: Le docteur 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 docteur 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.	**Signature du médecin**
Avez-vous signé le formulaire? Veuillez envoyer le formulaire à **homecare@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.	Date, Timbre / Signature

© MediService AG / Version: 25MSE0046DF_a
AZ ID: CH-11474_06/2025