MediService by Redcare

Inscription au programme Home Care de Teva-Mepha

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:

☞ Par la présente, je mandate une infirmière spécialisée de MediService Home Care, pour contacter le patient pour un accompagnement personnalisé (visites à domicile, téléphone, appels vidéo) concernant la médication prescrite et en général sur la sclérose en plaques.

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données du patient de manière strictement confidentielle et à ne pas les transmettre à des tiers.

☞ Avant le début de l'accompagnement thérapeutique, une déclaration écrite de consentement du patient est requise par MediService.

☞ Veuillez-vous assurer que le médicament est à la disposition du patient lors de l'instruction.

Home Care - Accompagnement thérapeutique pour le médicament contre la SEP ou la migraine suivant:

☐ Copaxone® ☐ Fingolimod-Mepha® ☐ Dimethylfumarat-Mepha-Teva® ☐ Ajovy®

Surveillance de la dose initiale par une infirmière MediService dans mon cabinet:

☐ Fingolimod-Mepha®

J'ai prescrit la posologie et la galénique suivantes à mon patient:

_____

Remarques: _____

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

© MediService AG / Version: 25MSE0054DF_a