

## Inscription au programme Hulio® Home Care

<b>Données du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom / nom	Tél.
Cabinet/clinique	RCC / n° GLN
Rue / n°	Fax
NPA / localité	E-mail
<b>Données du ou de la patient/e (étiquette patient)</b>	
Langue de la patiente / du patient <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Prénom / nom	Tél.
Rue / n°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

☞ Par la présente, je charge un infirmier spécialisé de MediService Home Care de contacter le patient concernant les points suivants:

- instruction personnelle à l'utilisation du médicament Hulio® au domicile / au cabinet / à l'hôpital
- accompagnement personnalisé dans l'utilisation d'Hulio® et la gestion générale de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, de l'arthrite psoriasique, de la spondylarthrite ankylosante, de la maladie de Crohn, de la colite ulcéreuse, du psoriasis, de l'acné inversée ou de l'uvéïte

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données des patients et patientes de manière strictement confidentielle, conformément aux dispositions suisses en vigueur en matière de protection des données.

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

☞ Veuillez vous assurer que le médicament et le matériel sont à la disposition du patient pour le rendez-vous d'instruction.

### Remarques/informations:

---



---



---

<p><b>Important</b></p> <p>Par sa signature, le médecin confirme que le patient a accepté l'accompagnement thérapeutique par l'intermédiaire de MediService et que les données du médecin (sans le nom du patient) peuvent être transmises au fabricant du médicament à des fins statistiques ainsi qu'en cas d'événements indésirables.</p> <p><b>Avez-vous signé le formulaire? Veuillez envoyer le formulaire à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au 032 686 20 30.</b></p>	<p><b>Signature du médecin</b></p>
	<p>Date, timbre / signature</p>