

## Inscription au programme Nepexto® 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 Nepexto® au domicile / au cabinet / à l'hôpital
- accompagnement personnel dans l'utilisation de Nepexto® et dans la gestion générale de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite juvénile idiopathique, de l'arthrite psoriasique, de la spondylarthrite ankylosante ou du psoriasis en plaques

☞ 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.

☞ 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>