MediService by Redcare

Inscription au programme Mavenclad® Home Care

Données du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom / nom	Tél.
Cabinet/clinique	RCC / n° GLN
Rue / n°	Fax
NPA / localité	E-mail
Données du patient (étiquette patient)	Langue du patient ☐ D ☐ F ☐ 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:
- formation personnelle à l'utilisation du médicament Mavenclad®
- accompagnement personnel dans l'utilisation de Mavenclad® et la gestion générale de la sclérose en plaques

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

☞ Ce programme est mis à disposition en collaboration avec Merck Schweiz AG. Dans le cadre du programme Home Care, des données patients anonymisées ou pseudonymisées peuvent être transmises à Merck (Schweiz) AG à des fins administratives. Ces informations ne permettent pas à Merck d'établir un lien avec des patientes et patients spécifiques. MediService reste responsable du traitement de toutes les données des patientes et patients de manière strictement confidentielle, conformément aux dispositions suisses en vigueur en matière de protection des données.

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

La posologie dépend du poids, conformément aux tableaux posologiques figurant dans l'information professionnelle de Mavenclad® http://www.swissmedicinfo-pro.ch

Nombre de comprimés semaine 1: _____ pces

Nombre de comprimés semaine 2: _____ pces

Poids de la patiente / du patient: _____ kg

Accompagnement Home Care pour: ☐ **Phase de traitement 1** ☐ **Phase de traitement 2**

Remarques / informations:

_____

Important 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.	**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 SA / Version: 26MSE0026DF_a