

Ricetta medica / Registrazione infusione a domicilio

Dati del medico (timbro dello studio medico)			
Nome, cognome:		Tel.:	
Ambulatorio/clinica:		N° RCC/GLN:	
Via/N°:		Fax:	
NPA/Località:		E-mail:	
Dati del paziente (etichetta paziente)		Lingua ☐ I ☐ F ☐ T	
Nome, cognome:		Tel.:	
Via/N°:		Cassa malati:	
NPA/Località:		N° cassa malati:	
Data di nascita:		E-mail:	
☐ Onpattro® (Patisiran) concentrato per soluzione per infusione 10 mg/5 ml fiala 5 ml (1pz) _____ Quantità confezioni			
☐ NaCl sol inf 0.9% ☐ 100 ml ☐ 250 ml _____ Quantità confezioni			
☐ Accessori per infusione: Set d'infusione Promedical, contenitore sterile, filtro per siringa da 0,45 µm, filtro per infusione in linea da 1,2 µm, disinfettante, compresse, cerotti, contenitore per rifiuti.			
Posologia: _____ mg Peso del paziente: _____ kg			
La dose raccomandata di Onpattro® è di 0,3 mg per kg di peso corporeo e viene somministrata tramite infusione intravenosa una volta ogni 3 settimane. Il dosaggio si basa sul peso corporeo attuale. Nei pazienti che pesano ≥ 100 kg, la dose massima raccomandata è di 30 mg. Per informazioni aggiornate, consultare sempre le informazioni professionali.			
Validità della ricetta ☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte			
Codice di indicazione Si prega di selezionare 			
Garanzia di pagamento della cassa malati ☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)			
Servizio di infusione Il medico desidera che l'infusione a domicilio sia effettuata da un infermiera/e MediService: possibile a partire dalla 4. infusione ☐ Sì ☐ No			
Ulteriori farmaci necessari (Nome, forma galenica, dosaggio, confezione)		Quantità confezioni	Validità
☐ Paracetamolo cpr pell ☐ 500 mg (20 pz) ☐ 1 g (20 pz)			
☐ Tavegyl® sol ini 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
☐ EpiPen® sol ini 0.3 mg iniettore preimpiegato (2 pz)			
☐ Dexamethason Zentiva sol ini 5 mg/ml (3 pz)			
Indirizzo di consegna ☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato ☐ Altro indirizzo di consegna (CH) ☐ Farmacia dell'ospedale			

Specificare se si desidera un'altra data di consegna.		Consegna il: _____	
Importante Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.		Firma del medico	
Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero 032 686 20 30 .		Data, Timbro / Firma	