MediService by Redcare

Inscription au programme Spirig 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 l'accompagnement personnel (visites à domicile, téléphone, appels vidéo) relatif au médicament prescrit et, de manière générale, à l'indication concernée.

☞ 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.

Accompagnement thérapeutique Home Care pour le médicament suivant:

Médicament	**Indication**
☐ Hukyndra®	Polyarthrite rhumatoïde, arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique, spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew), maladie de Crohn, colite ulcéreuse, psoriasis, hidradénite suppurée (acné inversée) ou uvéite
☐ Movymia®	Ostéoporose
☐ Ustekinumab-Spirig®	Psoriasis en plaques, arthrite psoriasique ou maladie de Crohn (Seule l'administration sous-cutanée fait partie du programme Home Care)

Remarques / informations / précisions concernant l'indication:

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: 26MSE0046DFI_a