Ordonnance / Inscription à l'injection à domicile

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom / nom:	Tél.:
Cabinet / clinique:	N° RCC / GLN:
Rue / N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom / nom:	Tél.:
Rue / N°:	E-mail:
NPA / localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
	Numéro de décision (AI):

☐ **Amvuttra®** Sol inj 25 mg/0.5 ml en seringue préremplie (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ Accessoires d'injection: tampons d'alcool, compresses, récipient pour déchets

☐ Chrisana Vitamine A gouttes 50 ml (1 pce)* _____ **Nombre d'emballages**
*Remarque: complément alimentaire, coûts à la charge de la patiente ou du patient

Posologie	La dose recommandée d'Amvuttra est de 25 mg, administrée par injection sous-cutanée une fois tous les 3 mois. Vitamine A: 2500-3000 UI/jour. A raison de 800 UI/goutte, 3 gouttes par jour sont recommandées. Pour les informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.
Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois
Code d'indication	☐ 21635.01 - ATTR-PN ☐ 21635.02 - ATTR-CM ☐ Application dans le cadre de l'art. 71 OAMal
Garantie de prise en charge	☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) ☐ A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès de la caisse-maladie. Veuillez s.v.p. remplir les informations sur la page suivante.
Service Home Care	Le médecin souhaite que l'injection à domicile et/ou la formation à l'auto-injection soient effectuées par un/e infirmier/ère de Mediservice: ☐ Oui ☐ Non

Adresse de livraison

☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ Pharmacie d'hôpital

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02546

© MediService AG / Version: 23MSE0028DFI_f

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Téléphone 032 686 20 20

Demande de prise en charge hATTR-PN Amvuttra®

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	E-mail:
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
	Numéro de décision (AI):

Garantie de prise en charge des coûts	☐ A demander par MediService: Mediservice s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge des coûts pour **Amvuttra®** auprès de la caisse-maladie. Dans ce cas, veuillez s.v.p. remplir les informations cliniques ci-dessous.
Code d'indication	☐ Remboursement selon la liste des spécialités: Code d'indication 21635.01 – ATTR-PN ☐ Application dans le cadre de l'art. 71 OAMal
Données médicales (réservées au médecin-conseil):	Diagnostic: ☐ Présence d'une amylose hATTR confirmée génétiquement. ☐ Indice de performance de Karnofsky ≥ 60% ☐ La patiente / le patient a une espérance de vie de deux ans au minimum.
Symptômes neurologiques	☐ Score NIS ≥ 5 et ≤ 130 PND ☐ Score I ☐ Score II ☐ Score IIIa ☐ Score IIIb **OU** FAP ☐ Stade 1 ☐ Stade 2 ☐ Le diabète sucré a été écarté comme cause de la neuropathie périphérique. ☐ Une carence en vitamine B12 a été écartée comme cause de la neuropathie périphérique.
Symptômes cardiologiques	Insuffisance cardiaque de classe NYHA ≤ II ☐ Oui ☐ Non Amvuttra® est administré en monothérapie ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun traitement antérieur de l'ATTR par un oligonucléotide ou un pARNi n'a dû être arrêté en raison d'une efficacité insuffisante.

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Téléphone 032 686 20 20

Demande de prise en charge hATTR-PN Amvuttra®

MediService by Redcare

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	Langue du patient: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	E-mail:
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
	Numéro de décision (AI):

Médicament faisant l'objet de la demande	AMVUTTRA® en seringue préremplie contient 25 mg de vutrisiran (sous forme de vutrisiran sodique) dans 0.5 ml de solution (50 mg/ml). Dosage: la dose recommandée d'AMVUTTRA® est de 25 mg, administrée par injection sous-cutanée une fois tous les trois mois.

Centre de référence pour l'amylose au début du traitement

☐ Universitätsspital Zürich
☐ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
☐ Inselspital Bern

☐ Il est confirmé que les données pertinentes pour le remboursement sont enregistrées dans le registre du centre de référence.
☐ Le patient a refusé que ses données soient enregistrées dans le registre du centre de référence.

Remarques: _____

_____

_____

Important:
Par sa signature le médecin confirme ce qui suit:
(1) que le médecin a informé le patient de l'implication de MediService SA dans le cadre de la procédure de la garantie de prise en charge des coûts;
(2) que le médecin a attiré l'attention du patient sur la déclaration de protection des données de MediService SA (disponible sous: https://www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees.php);
(3) que le médecin a expliqué à la ou au patient que l'implication de MediService SA est facultative; et
(4) que le patient - après avoir été informé - a expressément consenti à l'implication de MediService et à la transmission des données entre le médecin et MediService SA et entre MediService SA et l'assureur-maladie.
Par ailleurs, le médecin confirme avoir lui-même pris connaissance de la déclaration de protection des données de MediService AG (même lien).

Merci de nous envoyer le formulaire signé à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30.**	**Signature du médecin** Date, Timbre / Signature

© MediService AG / Version: 26MSE0010DFI_b

MediService SA | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Téléphone 032 686 20 20