Ricetta medica / Iscrizione all'iniezione domiciliare

MediService by Redcare

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°:	E-mail:
NPA/Località:	Cassa malati:
Data di nascita:	N° cassa malati:
	Numero di decisione (AI):

☐ **Amvuttra®** siringa preriempita con soluzione iniettabile 25 mg/0,5 ml (1 pz) _____ **Quantità confezioni**

☐ Accessori per l'iniezione: tamponi imbevuti di alcol, compresse, contenitore per rifiuti

☐ Chrisana Vitamin A gocce 50 ml (1 pz.)*
*Nota: integratore alimentare, costi a carico del/della paziente _____ **Quantità confezioni**

Posologia	La dose raccomandata di Amvuttra è di 25 mg, somministrata tramite iniezione sottocutanea una volta ogni 3 mesi. Vitamina A: 2500-3000 UI/giorno. Nel caso di 800 UI/gocce, si consigliano 3 gocce al giorno. Per informazioni aggiornate consultare sempre l'informazione professionale.
Validità della ricetta	☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte
Codice di indicazione	☐ 21635.01 – ATTR-PN ☐ 21635.02 – ATTR-CM ☐ Applicazione nell'ambito dell'art. 71 OAMal
Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia) ☐ Da richiedere tramite MediService. MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi alla cassa malati. La preghiamo di compilare le informazioni nella pagina seguente.
Servizio Home Care	Il medico desidera effettuare l'iniezione a domicilio e/o richiede una formazione per l'autoiniezione da parte di personale infermieristico MediService: ☐ Sì ☐ No

Indirizzo di consegna

☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato
☐ Altro indirizzo di consegna (CH), a lato ☐ Farmacia dell'ospedale, a lato

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.

Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a **contact@mediservice.ch** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**

Firma del medico

Data, Timbro / Firma

02546

© MediService AG / Version: 23MSE0028DFI_f

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

Richiesta di garanzia di pagamento hATTR-PN Amvuttra®

MediService by Redcare

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°:	E-mail:
NPA/Località:	Cassa malati:
Data di nascita:	N° cassa malati:
	Numero di decisione (AI):

Garanzia di assunzione dei costi	☐ La garanzia di assunzione dei costi deve essere richiesta da MediService: MediService si occupa dell'inoltro alla cassa malati della richiesta di garanzia di assunzione dei costi per **Amvuttra®**. In questo caso si prega di fornire le seguenti informazioni cliniche.
Codice di indicazione	☐ Rimborso secondo l'elenco delle specialità: codice di indicazione 21635.01 - ATTR-PN ☐ Applicazione nell'ambito dell'art. 71 OAMal
Dati medici (destinato esclusivamente al medico di fiducia):	Diagnosi: ☐ È presente un'amiloidosi hATTR geneticamente confermata. ☐ Indice di Karnofsky ≥ 60%. ☐ Il/La paziente ha un'aspettativa di vita di almeno due anni.
Sintomi neurologici	☐ NIS ≥ 5 e ≤ 130 PND ☐ Score I ☐ Score II ☐ Score IIIa ☐ Score IIIb **OPPURE** FAP ☐ Stadio 1 ☐ Stadio 2 ☐ È stato escluso il diabete mellito come causa di neuropatia periferica. ☐ È stata esclusa la carenza di vitamina B12 come causa di neuropatia periferica.
Sintomi cardiologici	Insufficienza cardiaca classe NYHA ≤ II ☐ Sì ☐ No Amvuttra® viene somministrato in monoterapia ☐ Sì ☐ No ☐ Nessuna precedente interruzione della terapia ATTR con oligonucleotidi o siRNA a causa di efficacia insufficiente.

© MediService AG / Version: 26MSE0010DFI_b

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

Richiesta di garanzia di pagamento hATTR-PN Amvuttra®

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°:	E-mail:
NPA/Località:	Cassa malati:
Data di nascita:	N° cassa malati:
	Numero di decisione (AI):

Medicamento richiesto	AMVUTTRA®: la siringa preriempita contiene 25 mg di vutrisiran (come vutrisiran sodico) in 0,5 ml di soluzione (50 mg/ml). Dosaggio: la dose raccomandata di AMVUTTRA® è di 25 mg, somministrata come iniezione sottocutanea una volta ogni 3 mesi.

Centro di riferimento per l'amiloidosi all'inizio del trattamento

☐ Ospedale universitario di Zurigo
☐ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
☐ Inselspital di Berna

☐ Si conferma che i dati rilevanti per la remunerazione vengono inseriti nel registro del centro di riferimento.
☐ Il/La paziente ha rifiutato l'inserimento dei propri dati nel registro del centro di riferimento.

Osservazioni: _____

_____

_____

Importante:
Tramite la propria firma, il medico conferma quanto segue:
(1) il medico ha informato il paziente del coinvolgimento dell'azienda MediService SA nell'ambito della garanzia di assunzione dei costi;
(2) il medico ha informato il paziente in merito alla dichiarazione sulla protezione dei dati dell'azienda MediService SA (consultabile sul sito: https://www.mediservice.ch/it/protezione-dei-dati.php);
(3) il medico ha spiegato al paziente che il coinvolgimento dell'azienda MediService SA è volontario; e
(4) che il paziente, dopo essere stato informato, abbia espressamente acconsentito al coinvolgimento di MediService e alla trasmissione dei dati tra il medico e MediService AG e tra MediService AG e l'assicuratore malattia.
Inoltre, il medico conferma di aver preso personalmente nota della dichiarazione sulla protezione dei dati dell'azienda MediService SA (consultabile al medesimo link).

La preghiamo di mandare il modulo firmato a **contact@mediservice.ch** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**	**Firma del medico** Data, Timbro / Firma

© MediService AG / Version: 26MSE0010DFI_b

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