

Inscription Home Care

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°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

☞ Par la présente, je mandate une infirmière spécialisée de MediService Home Care, pour contacter le patient pour un accompagnement personnalisé (visites à domicile, téléphone, appels vidéo) sur la médication prescrite et en général sur la sclérose en plaques.

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données du patient de manière strictement confidentielle et à ne pas les transmettre à des tiers.

☞ Avant le début de l'accompagnement thérapeutique, une déclaration écrite de consentement du patient est obtenue par MediService.

☞ Prenez garde à ce que le médicament soit à disposition du patient au moment de l'instruction.

Le médecin souhaite bénéficier du service patient Biogen MS Care par l'équipe MediService Home Care pour le médicament contre la SEP suivant:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Avonex® | ☐ Tecfidera® |
| ☐ Plegridy® | ☐ Vumerity™ |

J'ai prescrit la posologie suivante à mon patient:

Administration des injections ou perfusion réalisée par une infirmière MediService dans mon cabinet:

- ☐ Tysabri™ *

* Le soutien thérapeutique par MediService Home Care n'est possible que si le médicament est obtenu auprès de MediService.

Remarques: _____

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.	Signature du médecin
	Date, Timbre / Signature

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