

Inscription miCARE

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 28 05

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 0800 220 222

E-mail: contact@mediservice.ch

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. étiquette du patient)	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/localité:	Date de naissance:
E-Mail :	

☞ Le MediService Home Care service s'engage à prendre contact avec le patient ou la patiente concernant l'accompagnement thérapeutique miCARE.

Le programme miCARE inclut :

- Instruction personnalisée à la maison ou au cabinet concernant l'utilisation du médicament Aimovig.
- Assistance téléphonique, par vidéo-téléphonie et/ ou conseils personnalisés (visites à domicile) à propos du médicament prescrit et de la migraine en général par un membre du personnel soignant;

MediService s'engage à traiter toutes les données du patient (adresse, coordonnées, médication, antécédents médicaux) ainsi que les données relatives aux prestations obtenues de la part de l'accompagnement thérapeutique MediService Home Care, qui sont saisies, sauvegardées, éditées et utilisées, de façon strictement confidentiel et conforme à la loi suisse sur la protection des données.

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

Pas de remise de médicaments par MediService souhaitée

Remarques: _____

Signature du médecin	
 	Important: Le patient a donné son accord pour le suivi thérapeutique de MediService (à confirmer au moyen de la signature du médecin). J'accepte par la présente que MediService transmette mes coordonnées au fabricant en cas d'événements indésirables afin que celui-ci puisse me contacter directement en cas de question.
Date	Timbre / Signature