

Inscription pour Dupixent® Programme My Way

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:

- ☞ Je demande par la présente à une infirmière spécialisée de MediService Home Care de contacter le patient/la patiente concernant les points suivants :
- Formation personnelle concernant l'utilisation du médicament Dupixent® à domicile.
 - Accompagnement personnalisé dans la prise en charge de Dupixent® et en général contre la dermatite atopique, l'asthme ou la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux.
- ☞ 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 auprès de MediService.
- ☞ Prenez garde à ce que le médicament soit à disposition du patient au moment de l'instruction

Remarques:

Important:

Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / 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 docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / 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