

## Inscrizione Programma Dupixent® My Way

### 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)

Nome, cognome:	Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Via/N°:	Tel.:
NPA/Località:	Cassa malati:
Data di nascita:	N° cassa malati:
	E-mail:

☞ Con la presente chiedo ad un'infermiera/e specializzata/o di MediService di contattare la paziente/il paziente in merito ai seguenti punti:

- Formazione personale nell'uso del farmaco Dupixent a domicilio.
- Supporto personale in relazione al Dupixent e in generale alla dermatite atopica, asma o rinite cronica con polipi nasali

☞ Mediservice si impegna a trattare tutti i dati dei pazienti strettamente confidenziali e a non cederli a terzi.

☞ Prima di iniziare l'accompagnamento terapeutico, MediService richiede una dichiarazione di consenso del paziente.

☞ La preghiamo di assicurarvi che il farmaco sia a disposizione del paziente nel momento dell'istruzione.

### Commenti:

---



---



---



---

### Importante

Il medico conferma con la sua firma che la/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 della / 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](mailto:contact@mediservice.ch) oppure tramite fax al numero 032 686 20 30.**

### Firma del medico

Data, Timbro / Firma