

Inscription Home Care Uptravi®

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom / Nom	Tel.
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 infirmière spécialisée en HTP pour contacter le patient concernant les points suivants :

- Formation personnelle à l'utilisation du médicament Uptravi®
- Accompagnement lors de l'augmentation par paliers de la dose du médicament Uptravi® par téléphone ou vidéotéléphonie
- Assistance dans la gestion d'éventuels effets secondaires et dans la gestion générale de l'hypertension pulmonaire au quotidien (p. ex. en voyage, au travail, etc.)

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données du patient de manière strictement confidentielle et à ne pas les transmettre à des tiers. S'engage à traiter toutes les données des patients de manière strictement confidentielle, conformément aux dispositions suisses en vigueur en matière de protection des données.

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

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

Remarques

<p>Important: La doctoresse / le docteur 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. La doctoresse / le docteur 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.</p>	<p>Signature du médecin</p>
<p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Date, Timbre & Signature</p>