

Inscription au programme Roche Ocrevus® 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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom, Nom:	Tél.:
Rue/N°:	Caisse-maladie:
NPA/Localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

- ☞ Par la présente, je charge MediService Home Care de réaliser la perfusion d'Ocrevus® dans mon cabinet.
- ☞ Je confirme par la présente que le traitement par perfusion avec Ocrevus® s'inscrit sous ma responsabilité et mon devoir de surveillance sur place pendant la réalisation de la perfusion.
- ☞ Veuillez noter qu'Ocrevus®, les traitements de prémédication correspondants et le matériel de perfusion doivent être disponibles sur place le jour de la perfusion.
- ☞ Si nécessaire, MediService Home Care peut vous aider à choisir ou à préparer le matériel de perfusion requis.
- ☞ MediService 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 du traitement par perfusion, MediService se procure une déclaration écrite de consentement du patient.

Traitement par perfusion

- Ocrevus® i.v. Ocrevus® s.c.

Remarques/informations:

<p>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.</p>	<p>Signature du médecin</p>
<p>Avez-vous signé le formulaire? Veuillez envoyer le formulaire à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Date, Timbre / Signature</p>