

INSCRIPTION & DÉLÉGATION VENCLYXTO® – Soins à domicile



Veuillez compléter le questionnaire en entier et l'envoyer signé à: contact@mediservice.ch,
par courrier postal: MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil ou par fax: +41 (0) 32 686 20 30

INSCRIPTION

Je souhaite par la présente inscrire mon patient au programme de soutien aux patients «VENCLYXTO® – Soins à domicile»:
(Merci d'écrire en lettres capitales! Les champs signalés par un * sont obligatoires.)

Données du médecin traitant	
Prénom, nom*:	Tél.*:
Cabinet/Clinique*:	Fax*:
Rue/n**:	E-mail*:
NPA/Localité*:	
Données sur le patient (y compris étiquette du patient)	
Langue du patient A F I	
Prénom, nom*:	Tél.*:
Rue/n**:	E-mail:
NPA/Localité*:	Date de naissance*:

DONNÉES POUR LE TRAITEMENT DU PATIENT

Diagnostic du patient*: LLC (traitement de 2^e ligne)[†]

Risque de SLT*: Pas de risque élevé de SLT selon l'information professionnelle^{†,‡}

Médicament prescrit*: VENCLYXTO® - comprimés pelliculés

Livraison du médicament: Livraison par MediService AG souhaitée

Veuillez compléter le modèle d'ordonnance correspondant et l'envoyer à:

MediService AG
E-mail: contact@mediservice.ch
ou par courrier postal: MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
ou par fax: +41 (0) 32 686 20 30

Commentaires et remarques complémentaires

Par ex. «En tant que médecin traitant, je souhaite une visite de présentation avec le spécialiste en soins infirmiers responsable (visite personnelle, appel téléphonique ou visioconférence)»

DÉLÉGATION

Les échantillons de sang doivent être apportés au laboratoire suivant après le prélèvement

Adresse du laboratoire*:	Interlocuteur*:
	Tél.*:

Semaine	Prélèvement sanguin	Heure	Analyses des paramètres biochimiques sanguins recommandées selon l'information professionnelle	Remarques complémentaires
Semaine 1 (20 mg)	Jour 0	Avant la prise de la dose (par ex. 24 h avant)	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	
	Jour 1	6 à 8 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	
	Jour 2	24 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	OPTION 1 OPTION 2
Semaine 2 (50 mg)	Jour 1	6 à 8 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	
	Jour 2	24 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	OPTION 1 OPTION 2
Semaine 3 (100 mg)	Jour 1	6 à 8 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	
	Jour 2	24 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	OPTION 1 OPTION 2
Semaine 4 (200 mg)	Jour 1	6 à 8 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	
	Jour 2	24 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	OPTION 1 OPTION 2
Semaine 5 (400 mg)	Jour 1	6 à 8 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	
	Jour 2	24 heures après la prise de la dose	potassium, acide urique, phosphate, calcium et créatinine	OPTION 1 OPTION 2

OPTION 1: Recommandation conforme à l'information professionnelle. Le patient ne prend la deuxième dose qu'après examen des résultats d'analyse par le médecin.

OPTION 2: Adaptation de la mise en œuvre du traitement conformément à la délégation du médecin et en coordination avec le spécialiste en soins infirmiers. Le patient prend la deuxième dose directement après le prélèvement sanguin, sans consultation complémentaire avec le médecin.

Les étiquettes du patient et les formulaires du laboratoire ont été remis au patient

OUI NON Le spécialiste en soins infirmiers responsable prendra contact avec vous pour coordonner la réception des étiquettes du patient et des formulaires de laboratoire

J'accepte par la présente, en tant que médecin traitant, d'être contacté par l'équipe de MediService au sujet de la prise en charge du patient, des prélèvements sanguins et du transport des échantillons au laboratoire.*

J'accepte par la présente, en tant que médecin traitant, d'être contacté en cas d'effet indésirable.

SIGNATURE DU MÉDECIN

IMPORTANT:

Le médecin confirme par sa signature que la patiente ou le patient a donné son accord pour l'accompagnement thérapeutique par MediService et que les données du médecin (sans le nom du patient) peuvent être transmises au fabricant du médicament à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Lieu / Date

Cachet / Signature

Le programme de soutien aux patients d'AbbVie «VENCLYXTO® – Soins à domicile» a été initié pour apporter un soutien à domicile en début de traitement aux patients à qui VENCLYXTO® a déjà été prescrit pour le traitement d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) avec au moins un traitement antérieur. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à l'information professionnelle de VENCLYXTO® (vétécloclax) sur www.swissmedicinfo.ch.

* VENCLYXTO® est indiqué en association avec le rituximab pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ayant reçu au moins un traitement antérieur. En monothérapie pour le traitement de la LLC, en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients adultes en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B.

* Le médecin traitant est responsable de l'évaluation du risque de SLT. Les patients présentant un risque élevé de SLT sont exclus du programme.