

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°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

<input type="checkbox"/> Mavenclad® comprimés 10 mg (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mavenclad® comprimés 10 mg (4 pcs)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Mavenclad® comprimés 10 mg (6 pcs)	_____	Nombre d'emballages

Posologie: En fonction du poids, selon les tableaux pour la posologie de l'information professionnelle de Mavenclad®
www.swissmedicin.ch

Nombre de comprimés semaine 1: _____
Nombre de comprimés semaine 2: _____
Poids du patient: _____ kg

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle 1^{er} cycle de traitement 2^{ème} cycle de traitement

Garantie de prise en charge Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)
 A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses-maladies (*veuillez s.v.p. renvoyer le formulaire de garantie de prise en charge dûment rempli à MediService*)

Service Home Care Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care

Adresse de livraison Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre Pharmacie d'hôpital ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

<p>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.</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>Signature du médecin</p> <p>_____</p> <p>Date, Timbre / Signature</p>
---	---

MAVENCLAD® (CLADRIBINE)

MÉDICAMENT CONTRE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

DEMANDE DE GARANTIE
DE PRISE EN CHARGE

1. INFORMATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT PAR MAVENCLAD®

- Traitement par voie orale adapté au poids.
- Dose cumulée recommandée: 3,5 mg/kg de poids corporel sur 2 ans, administrée en un cycle de traitement de 1,75 mg/kg par an.
- Aucun traitement supplémentaire par MAVENCLAD® nécessaire au cours des années 3 et 4.

2. INDICATION POUR MAVENCLAD®

MAVENCLAD® est indiqué chez les adultes dans le traitement des formes très actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente-rémittente, définies par des paramètres cliniques ou l'imagerie.

3. RÉMUNÉRATION (SELON LA LISTE DES SPÉCIALITÉS)

PATIENTS SANS TRAITEMENT ANTÉRIEUR

Pour les patients naïfs de traitement, le remboursement est basé sur les directives cliniques actuelles, telles que celles de la DGN.

PATIENTS AVEC TRAITEMENT ANTÉRIEUR

Patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (d'au moins 6 mois).

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (SI DISPONIBLE)

Traitement actuel:

Durée du traitement actuel:

Commentaires:

4. DONNÉES PERSONNELLES DU PATIENT/DE LA PATIENTE

Nom:	Prénom:
Date de naissance:	masculin féminin
Poids:	Téléphone:
Adresse:	
NPA/Localité:	
Caisse maladie:	N° d'assuré:

5. MÉDECIN RÉFÉRENT (NEUROLOGUE)

Nom:	Prénom:
Adresse:	
NPA/Localité:	Titre FMH:
Téléphone:	Fax:
Si hôpital, nom:	N° RCC:

Date, signature: