Ricetta medica / Registrazione infusione a domicilio

MediService
by Redcare Apotheke

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)	Lingua ☐ I ☐ F ☐ T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

☐ **Onpattro® (Patisiran)** concentrato per soluzione per infusione 10 mg/5 ml fiala 5 ml (1pz) _____ **Quantità confezioni**

☐ NaCl sol inf 0.9% ☐ 100 ml ☐ 250 ml _____ **Quantità confezioni**

☐ Accessori per infusione: Set d'infusione Promedical, contenitore sterile, filtro per siringa da 0,45 µm, filtro per infusione in linea da 1,2 µm, disinfettante, compresse, cerotti, contenitore per rifiuti.

Posologia: _____ mg **Peso del paziente**: _____ kg

La dose raccomandata di Onpattro® è di 0,3 mg per kg di peso corporeo e viene somministrata tramite infusione intravenosa una volta ogni 3 settimane. Il dosaggio si basa sul peso corporeo attuale. Nei pazienti che pesano ≥ 100 kg, la dose massima raccomandata è di 30 mg. Per informazioni aggiornate, consultare sempre le informazioni professionali.

Validità della ricetta ☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte

Garanzia di pagamento della cassa malati ☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)

Servizio di infusione
possibile a partire dalla 4. infusione
Il medico desidera che l'infusione a domicilio sia effettuata da un infermiera/e MediService:
☐ Sì ☐ No

Ulteriori farmaci necessari (Nome, forma galenica, dosaggio, confezione)	**Quantità confezioni**	**Validità**	**Posologia**
☐ Paracetamolo cpr pell ☐ 500 mg (20 pz) ☐ 1 g (20 pz)			
☐ **Tavegyl®** sol ini 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
☐ **EpiPen®** sol ini 0.3 mg iniettore preriempito (2 pz)			
☐ Dexamethason Zentiva sol ini 5 mg/ml (3 pz)			

Indirizzo di consegna
☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato
☐ Altro indirizzo di consegna (CH), a lato ☐ Farmacia dell'ospedale, a lato

_____
_____
_____
_____

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: _____

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** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**

Firma del medico

Data, Timbro / Firma

02255

© MediService AG / Version: 18ANDPHC008DF_c