

Inscription au programme patient Sandoz 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°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

☞ Par la présente, je mandate une infirmière spécialisée de MediService Home Care, pour contacter le patient pour un accompagnement personnalisé (téléphone, appels vidéo, surveillance de la dose initiale dans mon cabinet) sur la médication prescrite et en général sur la sclérose en plaques.

☞ MediService s'engage à traiter toutes les données du patient de manière strictement confidentielle et à ne pas les transmettre à des tiers.

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

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

Home Care - soutien thérapeutique pour le médicament contre la SEP suivant:

- Fingolimod-Sandoz® Teriflunomid-Sandoz®

J'ai prescrit la dose de maintenance Mayzent® suivante à ma patiente / mon patient:

- 0.5 mg / jour 14 mg / jour

Surveillance de la dose initiale par une infirmière MediService dans mon cabinet:

- Fingolimod-Sandoz®

Remarques:

Important:

La docteusesse / 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 docteusesse / 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.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature