

Inscription pour l'administration de la dose initiale unique de 1 mg/kg (jour 1)

Coordonnées du patient

Prénom _____ Nom _____
Rue _____ NPA, lieu _____
Date de naissance / / Sexe M F
Téléphone _____ E-mail _____

Séance d'apprentissage

La séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo® pour l'administration de la dose initiale unique (jour 1) doit avoir lieu selon comme suit :

Au domicile du patient : veuillez contacter le patient par téléphone.

Au centre : veuillez contacter le centre pour prendre rendez-vous.

Produit : Stylo Alhemo® 60 mg 150 mg

Dosage :

Jour 1 – dose initiale unique de 1 mg/kg : mg

Le/la médecin confirme que la dose initiale unique doit être administrée par Careformance GmbH dans le cadre de son programme d'apprentissage.

Le/la médecin souhaite recevoir un bref compte-rendu de la séance d'apprentissage.

Par ma signature, je confirme que les conditions suivantes sont remplies pour que le patient puisse bénéficier de la séance d'apprentissage de nordicare® :

- Le patient s'est vu prescrire Alhemo®.
- Le patient a été informé de la séance d'apprentissage de nordicare®.
- Le patient a donné son accord pour participer à la séance d'apprentissage nordicare® et accepte que ses données personnelles requises soient transmises à Careformance GmbH, ainsi que par Careformance GmbH au/à la médecin traitant/-e ou au centre.

Les instructions du/de la médecin traitant/-e sont contraignantes. La séance d'apprentissage nordicare® est confiée au personnel soignant de Careformance GmbH et ne peut pas être déléguée à des tiers.

Information relative à la révocation : la participation à la séance d'apprentissage nordicare® peut être révoquée à tout moment par le soussigné, sans indication de motif, en envoyant un message écrit à Careformance GmbH.



Veuillez renvoyer le formulaire à :
careformance@hin.ch

Date

Coordonnées du/de la médecin traitant/-e

Nom, prénom

Adresse du cabinet médical/de la clinique

Contact:

Careformance GmbH
Madame Arlette Elmer
Directrice / infirmière
Ziegeleistrasse 6
8360 Eschlikon (TG)
Tél. : 079 763 10 79

Formulaire d'inscription nordicare® : apprentissage de l'utilisation du stylo

Alhemo®



Inscription pour l'administration de la dose quotidienne initiale de 0,20 mg/kg (à partir du jour 2)

Coordonnées du patient

Prénom		Nom	
Rue		NPA, lieu	
Date de naissance	/ /	Sexe	M F
Téléphone		E-mail	

Séance d'apprentissage

La séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo® pour l'administration de la dose quotidienne initiale (à partir du jour 2) doit avoir lieu comme suit :

Au domicile du patient : veuillez contacter le patient par téléphone.

Au centre : veuillez contacter le centre pour prendre rendez-vous.

Produit : Stylo Alhemo® 60 mg 150 mg

Dosage :

À partir du jour 2 – dose quotidienne initiale de 0,20 mg/kg : mg

Confirmation de la dose initiale :

A déjà été administrée.

Inscription effectuée auprès de Careformance GmbH (voir formulaire d'inscription distinct).

Le/la médecin souhaite recevoir un bref compte-rendu de la séance d'apprentissage.

Par ma signature, je confirme que les conditions suivantes sont remplies pour que le patient puisse bénéficier de la séance d'apprentissage de nordicare® :

- Le patient s'est vu prescrire Alhemo®.
- Le patient a été informé de la séance d'apprentissage de nordicare®.
- Le patient a donné son accord pour participer à la séance d'apprentissage nordicare® et accepte que ses données personnelles requises soient transmises à Careformance GmbH, ainsi que par Careformance GmbH au/à la médecin traitant/-e ou au centre.

Les instructions du/de la médecin traitant/-e sont contraignantes. La séance d'apprentissage nordicare® est confiée au personnel soignant de Careformance GmbH et ne peut pas être déléguée à des tiers.

Information relative à la révocation : la participation à la séance d'apprentissage nordicare® peut être révoquée à tout moment par le soussigné, sans indication de motif, en envoyant un message écrit à Careformance GmbH.



Veuillez renvoyer le formulaire à :
careformance@hin.ch

Date

Contact:

Careformance GmbH
Madame Arlette Elmer
Directrice / infirmière
Ziegeleistrasse 6
8360 Eschlikon (TG)
Tél. : 079 763 10 79

Coordonnées du/de la médecin traitant/-e

Nom, prénom
Adresse du cabinet médical/de la clinique

Inscription pour l'administration de la dose d'entretien individuelle après la mesure de la concentration de concizumab

Coordonnées du patient

Prénom		Nom	
Rue		NPA, lieu	
Date de naissance	/ /	Sexe	M F
Téléphone		E-mail	

Séance d'apprentissage

Une nouvelle séance d'apprentissage est nécessaire en raison de l'ajustement de la posologie après la mesure de la concentration de concizumab. La séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo® pour l'administration de la dose d'entretien individuelle doit avoir lieu comme suit :

Au domicile du patient: veuillez contacter le patient par téléphone.

Au centre : veuillez contacter le centre pour prendre rendez-vous.

Produit : Stylo Alhemo® 60 mg 150 mg

Dosage :

Dose d'entretien individuelle de : mg

0,15 mg/kg

0,20 mg/kg

0,25 mg/kg

Le/la médecin souhaite recevoir un bref compte-rendu de la séance d'apprentissage.

Par ma signature, je confirme que les conditions suivantes sont remplies pour que le patient puisse bénéficier de la séance d'apprentissage de nordicare® :

- Le patient s'est vu prescrire Alhemo®.
- Le patient a été informé de la séance d'apprentissage de nordicare®.
- Le patient a donné son accord pour participer à la séance d'apprentissage nordicare® et accepte que ses données personnelles requises soient transmises à Careformance GmbH, ainsi que par Careformance GmbH au/à la médecin traitant/-e ou au centre.

Les instructions du/de la médecin traitant/-e sont contraignantes. La séance d'apprentissage nordicare® est confiée au personnel soignant de Careformance GmbH et ne peut pas être déléguée à des tiers.

Information relative à la révocation : la participation à la séance d'apprentissage nordicare® peut être révoquée à tout moment par le soussigné, sans indication de motif, en envoyant un message écrit à Careformance GmbH.



Veuillez renvoyer le formulaire à :
careformance@hin.ch

Date

Coordonnées du/de la médecin traitant/-e

Nom, prénom

Adresse du cabinet médical/de la clinique

Contact:

Careformance GmbH
Madame Arlette Elmer
Directrice / infirmière
Ziegeleistrasse 6
8360 Eschlikon (TG)
Tél. : 079 763 10 79