Modulo d'iscrizione per nordicare®

Servizio di assistenza alla somministrazione per le terapie a base di fattore
NovoSeven®, Esperoct®, Refixia®

novo nordisk®

Dati paziente

Nome		Cognome	
Via		NPA/luogo	
Data di nascita	/ /	Sesso	☐ M ☐ F
Telefono		E-mail	

Servizio di assistenza

La seduta di assistenza avrà luogo:

☐ a casa del paziente: si prega di contattare il paziente per telefono per fissare un appuntamento.

☐ nel centro: si prega di contattare il centro per fissare un appuntamento.

Prodotto:

NovoSeven®	☐ 1 mg	☐ 2 mg	☐ 5 mg		
Esperoct®	☐ 500 UI	☐ 1'000 UI	☐ 1'500 UI	☐ 2'000 UI	☐ 3'000 UI
Refixia®	☐ 500 UI	☐ 1'000 UI	☐ 2'000 UI	☐ 3'000 UI	

Dosaggio:

☐ Il medico curante desidera ricevere un breve resoconto sull'assistenza fornita.

Con la presente confermo che per la richiesta del servizio di assistenza nordicare® sono soddisfatti i seguenti requisiti:

- Al paziente è stato prescritto un prodotto di cui sopra.
- Il paziente ha ricevuto informazioni in merito al servizio di assistenza nordicare®.
- Il paziente accetta di sottoporsi alla seduta di assistenza nordicare® e alla trasmissione dei dati personali necessari a Careformance GmbH e da Careformance GmbH al medico curante o al centro.

Le istruzioni del medico curante sono vincolanti. nordicare® è un servizio di assistenza fornito unicamente dal personale infermieristico di Careformance GmbH e non può essere trasferito a terzi.

Avviso di revoca: la partecipazione al servizio di assistenza nordicare® può essere revocata in qualsiasi momento senza doverne indicare i motivi tramite comunicazione scritta a Careformance GmbH.

Si prega di inviare per e-mail a:
careformance@hin.ch

Contatto:
Careformance GmbH
Signora Arlette Elmer
Direttrice/infermiera
Ziegeleistrasse 6
8360 Eschlikon TG
Tel. 079 763 10 79

Data:

Dati medico curante

Cognome, nome:

Indirizzo dello studio medico o della clinica:

Novo Nordisk Pharma SA • The Circle 32/38 • 8058 Zurigo • novonordisk.ch • CH24HRBD00032_11/2024