

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

Norditropine® FlexPro®, Sogroya®



## Coordonnées du/de la patient/-e

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

## Séance d'apprentissage

La séance d'apprentissage doit avoir lieu comme suit :

Au domicile du/de la patient/-e : veuillez contacter le/la patient/-e par téléphone.

Au cabinet/à la clinique : veuillez contacter le cabinet/la clinique pour prendre rendez-vous.

Norditropine® FlexPro®:      5 mg      10 mg      15 mg

Sogroya®:      5 mg      10 mg      15 mg

Dosage :      mg

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/la patient/-e puisse bénéficier de la séance d'apprentissage nordicare® :

- Le/la patient/-e s'est vu prescrire le produit susmentionné.
- Le/la patient/-e a été informé/-e de la séance d'apprentissage nordicare®.
- Le/la patient/-e a donné son accord pour participer à la séance d'apprentissage nordicare® de l'utilisation du stylo et accepte que les données personnelles requises soient transmises à Careformance GmbH, ainsi que par Careformance GmbH au/à la médecin traitant/-e ou au cabinet médical/à la clinique.

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



Veuillez renvoyer le formulaire à :  
**careformance@hin.ch**

Date

### Contact:

Careformance GmbH  
Madame Arlette Elmer  
Directrice / infirmière  
Ziegeleistrasse 6  
83360 Eschlikon (TG)  
Tél. : 079 763 10 79

### Coordonnées du/de la médecin traitant/-e

Nom, prénom  
Adresse du cabinet médical/de la clinique