

# 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	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA, lieu	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Téléphone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

### Séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo®

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 selon la modalité suivante :

- Au domicile du patient : veuillez contacter le patient par téléphone.
- Au cabinet / à la clinique : veuillez contacter le cabinet / la clinique 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 l'utilisation du stylo Alhemo® :

- Le patient s'est vu prescrire Alhemo®.
- Le patient a été informé de la séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo®.
- Le patient a donné son accord pour participer à la séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo® 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.
- L'accord du patient pour participer à la séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo® a été documenté au moyen de la « Avis de confidentialité et consentement au programme de soutien aux patients » (ci-après « Formulaire de consentement ») et une copie est jointe au présent formulaire d'inscription.

Annexe :

- Formulaire de consentement rempli

Les instructions du/de la médecin traitant/-e sont contraignantes. La séance d'apprentissage de l'utilisation du stylo Alhemo® 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 signer et envoyer  
par e-mail à :  
[careformance@hin.ch](mailto:careformance@hin.ch)

#### Contact :

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

Lieu, date

Signature et tampon (médecin traitant/-e)

## Avis de confidentialité et consentement au programme de soutien aux patients

Cher patient,

Le présent document régit la relation entre Careformance GmbH<sup>1</sup> et les patients soutenus et pris en charge par l'entreprise. Le document s'appuie sur les bases légales actuelles.<sup>2</sup>

La vie privée des patients nous tient à cœur. Careformance GmbH reconnaît et respecte le droit des personnes à la vie privée relatif à leurs données personnelles. Le présent formulaire de consentement explique les données personnelles vous concernant que nous collectons et comment nous les utilisons lorsque vous êtes pris en charge par les services de soins à domicile de Careformance GmbH.

Les services de soins à domicile (« Programme ») sont gratuits pour vous. Ils sont réalisés par Careformance GmbH.

Nous vous conseillons, avant de vous inscrire au programme, de lire ce formulaire dans son intégralité. Il vous sera alors demandé d'accepter, au moment de la signature dudit formulaire, le traitement de vos données personnelles.

### **Prestations de Careformance GmbH**

Careformance GmbH propose, grâce à une équipe d'infirmiers diplômés, une prise en charge spécialisée et personnalisée pour l'administration de médicaments pour maladies rares.

### **Quelles sont les données personnelles recueillies ?**

Nous ne recueillons que les données personnelles vous concernant nécessaires à l'exécution du programme tel que décrit ci-dessus.

Les données que le/la médecin nous envoie comprennent le nom, l'adresse, les coordonnées, la date de naissance, le médicament prescrit et la posologie ainsi que, le cas échéant, les consommables médicaux. Les coordonnées de votre médecin et des personnes de contact que vous avez mentionnées sont par ailleurs également saisies. Des informations sur le déroulement du traitement et les médicaments administrés sont également recueillies au cours du soutien thérapeutique. Un compte-rendu est par ailleurs adressé au au/à la médecin.

### **Que se passe-t-il pour mes données personnelles ?**

Seules les personnes chargées de la mise en œuvre de ces processus ont accès à vos données. Ces personnes sont toutes soumises à une obligation de confidentialité.

### **Comment mes données personnelles seront-elles protégées ?**

Careformance GmbH protégera vos données personnelles conformément à toutes les lois applicables en matière de protection des données.

Vos données sont protégées par des mesures techniques et organisationnelles appropriées contre l'accès par des personnes non autorisées. Pour toute question concernant la compréhension de ce texte ainsi que la gestion et la conservation de vos données, veuillez vous adresser à :

Careformance GmbH  
Responsable de la protection des données / de la sécurité des données  
Ziegeleistrasse 6  
8360 Eschlikon  
[m.elmer@Careformance.care](mailto:m.elmer@Careformance.care)  
Tél. : 079 650 08 83

<sup>1</sup> Déroulement du processus de demande d'indemnité.

<sup>2</sup> La loi suisse sur la protection des données (LPD), le règlement général sur la protection des données (RGPD) de l'Union européenne.

## Avis de confidentialité et consentement au programme de soutien aux patients

### Pendant combien de temps mes données personnelles seront-elles conservées ?

Vos données personnelles seront conservées par Careformance GmbH pendant 1 an après la fin de votre participation au programme. Elles seront supprimées en toute sécurité à la fin de ladite période.

### Vos droits concernant vos données personnelles

Vous avez le droit de demander l'accès à vos données personnelles, de demander la rectification des erreurs dans les données personnelles enregistrées ou, si des données personnelles sont manquantes ou incomplètes, à ce qu'elles soient complétées. La suppression de vos données est possible à tout moment en adressant une demande écrite au responsable.

### Puis-je me retirer du programme?

Le consentement au traitement de vos données personnelles pour ce programme peut être révoqué à tout moment, sans justification. La révocation du consentement a pour conséquence la fin de votre participation au programme.

Veillez vous adresser à la personne en charge de vous si vous souhaitez vous retirer du programme.

### Comment nous contacter ?

Vous pouvez contacter Careformance GmbH par l'intermédiaire de la personne en charge de vous ou par e-mail : [info@careformance.care](mailto:info@careformance.care).

### Déclaration de consentement<sup>3</sup>

Je confirme, en signant le présent formulaire de consentement, que j'ai lu et compris les informations ci-dessus, que j'ai été informé de ce qui suit et que je l'accepte :

- Mes données personnelles, notamment les informations sur ma santé, sont traitées par Careformance GmbH.
- Mes données personnelles sont protégées conformément à toutes les lois applicables en matière de protection des données.
- Je comprends qu'il est de ma responsabilité de m'assurer que j'ai le consentement d'autres personnes avant de fournir leurs données personnelles à Careformance GmbH comme, par exemple, les coordonnées des personnes de référence.
- Mon consentement peut être révoqué à tout moment, sans indication de motifs.
- J'accepte que Careformance GmbH recueille mes données à des fins de traitement par médicaments, de rapport sur le déroulement du traitement et de compte-rendu au/à la médecin.

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date, Signature \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Bases juridiques : loi suisse sur la protection des données (LPD), règlement général sur la protection des données (RGPD) de l'Union européenne.