Prescription médicale: Système de drainage drainova® et PleurX™

ewimed

Un cathéter drainova® ou PleurX™ a été implanté chez ce patient. Par la présente nous l'enregistrons pour la première instruction du drainage itératif et du changement de pansement. Merci de livrer au patient le matériel de drainage prescrit et de planifier un rendez-vous pour la première instruction.

Veuillez envoyer la prescription par mail à ewimed@hin.ch
Donnez la prescription originale au patient lors de sa sortie.

Date de sortie (estimée): _____

Etiquette du patient / Adresse et date de naissance

1 Informations médicales & Recommandations de drainage:

Type de cathéter: ○ Pleural gauche ○ Pleural droit ○ Ascite

Volume drainé: _____ ml / 24 h

Intervalle prescrit: ○ Selon symptômes ○ _____ x par semaine

Maladie(s) infectieuse(s) chronique(s): ○ Non ○ Oui, à savoir: _____

Pneumothorax: ○ Non ○ Oui

Remarque:

Caisse de maladie et numéro d'assuré

_____

_____

_____

Numéro de lot du cathéter / Etiquette autocollante

2 Prescription (Cochez ☒ l'/les article(s) correspondant(s)):

Description de l'article/ taille de l'emballage :	N° Article:	LiMA.:
☐ Première instruction	S1000	
☐ drainova® clickFix	P1100S	01.03.02.02.1
☐ PleurX™ Ligne de drainage	50-7245A	01.03.02.01.1

Prescription permanente pour kits de drainage drainova®, ewimed ou PleurX™

☐ Drainage par aspiration douce 2000 ml	1 UE = 10 pièces	2010	01.03.01.01.1
☐ Drainage par gravité 2000 ml	1 UE = 10 pièces	50-7505	01.03.01.01.1
☐ Drainage par gravité 400 ml	1 UE = 20 pièces	50-7504	01.03.01.01.1
☐ Drainage par aspiration 1000 ml	1 UE = 10 pièces	50-7510	01.03.01.01.1
☐ Drainage par aspiration 500 ml	1 UE = 10 pièces	50-7500B	01.03.01.01.1

3 Médecin(s) référent(s) / Hôpital / Clinique:

a) Médecin prescripteur: (Lieu de l'implantation): _____

Téléphone: _____

Date de la prescription & Signature du médecin: _____ ✕ _____
Date Signature du médecin

Tampon hôpital / clinique

4 Retour à domicil ou transfert dans une autre institution:

a) Personne de référence Nom: _____ Téléphone: _____

b) Soins à domicile Nom: _____ Téléphone:

c) Institution médicalisée / Home / Clinique / Hôpital

Nom: _____ Téléphone: _____

Adresse: _____

5 Commandes, conseils & instrucions par:

ewimed Switzerland AG • Querstrasse 5 • 8212 Neuhausen am Rheinfall • Tel.: +41 31 511 87 20 • Fax: +41 52 577 02 56 • info.ch@ewimed.com

6 Avis de protection des données pour le patient:

ewimed Switzerland AG („ewimed") traite vos données afin de vous fournir le matériel de drainage et d'assurer une formation sur son utilisation à vous, ainsi qu'aux tiers qui vous soutiennent, comme les services de soins.

Vos données ne seront transmises à des tiers que dans des cas exceptionnels.

Si vous souhaitez en savoir plus à ce sujet et sur le traitement général des données par ewimed, vous trouverez plus informations dans notre politique de confidentialité complète en consultant le lien ci-dessous https://ewimed.ch/fr/mentions-legales/.

7 Consentement du patient au transfert des données

Je déclare que le médecin traitant, l'hôpital ou la clinique peut transférer mes données personnelles à ewimed et que ewimed peut transférer ces données aux services de soins, à l'APEA ou à d'autres tiers comme décrit dans la section 6.Outre les informations générales, vos données personnelles comprennent des informations vous concernant (par exemple votre nom, votre adresse, votre date de naissance, votre assurance maladie) ainsi que des informations sur votre santé (quantité de liquide drainé, infections, si nécessaire : diagnostic, comptes rendus de visite, etc.), qui sont considérées comme des données personnelles sensibles au sens de la loi sur la protection des données. Vos données personnelles ne sont transmises à des tiers que dans des cas exceptionnels, si la personne concernée y a consenti ou si cela est nécessaire à l'exécution du contrat, est prévu par la loi ou est exigé en raison d'un intérêt privé ou public prépondérant, par exemple, dans le cas des données relatives aux patients, à des tiers désignés par le patient ou les autorités au nom du patient, tels que des proches, des aides ou des services de soins, l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte, l'assurance maladie ou la compagnie d'assurance, dans la mesure où cela est nécessaire pour la facturation ou, en cas de retard de paiement, l'office de recouvrement compétent ou autres autorités.

Date: _____ Signature du patient: ✕ _____

FC_F0001FR_R009_2022-11