

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): _____

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): Non Oui, à savoir: _____
chronique(s):
Pneumothorax: Non Oui
Remarque: _____

Etiquette du patient / Adresse et date de naissance

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
drainova® ligne de rinçage 6060 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 domicile ou transfert dans une autre institution:

Personne
a) de référence Téléphone: _____
Nom: _____
b) Soins à domicile Nom: Téléphone: _____
mille Nom: _____
c) Institution médicalisée / Home / Clinique / Hôpital
Nom: Téléphone: _____
Adresse: _____

5 Commandes, conseils & instructions par:

ewimed Switzerland AG • Freiburgstrasse 453 • CH-3018 Bern • Phone +41 31 958 66 66 • ewimed@hin.ch

6 Avis de protection des données pour le patient:

ewimed Switzerland AG („ewimed“) traite vos données afin de vous fournir du matériel de drainage et de vous instruire, ainsi que les tiers qui vous soutiennent, comme les services de soins, sur son utilisation.

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 d'informations dans notre politique de confidentialité complète en consultant le lien ci-dessous:

<https://ewimed.ch/fr/protection-des-donnees>

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 drainage, 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 ne sont transmises à des tiers que dans des cas exceptionnels, si vous y avez consenti ou si cela est nécessaire à l'exécution du contrat, prévu par la loi ou exigé par un intérêt privé ou public prépondérant, par exemple à des tiers désignés par vous ou par les autorités pour vous soutenir, tels que des proches, des assistants ou des services de soins, à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), par MediData aux assurances maladie et aux assureurs, dans la mesure où cela est nécessaire pour la facturation ou, en cas de retard de paiement, à l'office de recouvrement compétent ou à d'autres autorités.

Date: _____ Signature du patient: 

www.ewimed.ch