

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.

**Veillez 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/24h
 Intervalle prescrit: Selon symptômes _____ x par semaine
 Maladie(s) infectieuse(s) chronique(s): Non Oui, à savoir: _____
 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.:	Prescription permanente pour kits de drainage drainova®, ewimed ou PleurX™		
Première instruction	S1000		Drainage par aspiration douce 2000 ml	1 UE = 10 pièces 2010	01.03.01.01.1
drainova® clickFix	P1100S	01.03.02.02.1	Drainage par gravité 2000ml	1 UE = 10 pièces 50-7505	01.03.01.01.1
PleurX™ Ligne de drainage	50-7245A	01.03.02.01.1	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: _____
 c) Institution médicalisée / Home / Clinique / Hôpital
 Nom: _____ Téléphone: _____
 Adresse: _____

5 Commandes, conseils & instructions par:

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

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: 