Prescrizione medica: sistema di drenaggio drainova® e PleurX™

ewimed

A questo paziente è stato impiantato un catetere drainova® o PleurX™. Lo annunciamo per le istruzioni iniziali di drenaggio ricorrente con cambio di medicazione. Si prega di fornire al paziente il materiale di drenaggio prescritto e di fissare l'appuntamento per le istruzioni.

Si prega di inviare la prescrizione completata via e-mail a: ewimed@hin.ch. Dare la prescrizione originale al paziente alla dimissione.

Data del rilascio previsto: _____

Etichetta del paziente / Indirizzo e data di nascità

1 Raccomandazione medica di informazioni e drenaggio:

Posizione del catetere: ○ Pleura sinistra ○ Pleura destra ○ Ascite

Quantità di drenaggio: _____ ml / 24 h

Raccomandazione intervallo: ○ Sintomatico ○ _____ x settimanale

Cronico Malattie infettive: ○ no ○ si, quali: _____

Pneumotorace ○ no ○ si

Osservazione

Casa malati e numero di persona assicurata

_____

_____

_____

Numero di lotto del catetere / Etichetta adesiva

2 Regolamento (contrassegnare l'articolo corrispondente con ☒):

Descrizione articolo / dimensioni confezione:	No. articolo:	No. Pos.EMAp:
☐ Prima istruzione	S1000	
☐ drainova® clickFix	P1100S	01.03.02.02.1
☐ Tubo di raccordo PleurX™, sterile	50-7245A	01.03.02.01.1

Prescrizione medica permanente per i set di drenaggio drainova®, ewimed o PleurX™

☐ Drenaggio tramite vuoto delicato 2000 ml	1 UE = 10 pezzi	2010	01.03.01.01.1
☐ Drenaggio a gravità 2000 ml	1 UE = 10 pezzi	50-7505	01.03.01.01.1
☐ Drenaggio a gravità 400 ml	1 UE = 20 pezzi	50-7504	01.03.01.01.1
☐ Drenaggio tramite sottovuoto 1000 ml	1 UE = 10 pezzi	50-7510	01.03.01.01.1
☐ Drenaggio tramite sottovuoto 500 ml	1 UE = 10 pezzi	50-7500B	01.03.01.01.1

3 Medici responsabili / ospedale / clinica::

a) Medico prescrittivo: (Clinica di impianto): _____

Telefono: _____

Data del regolamento & Firma del medico: _____ ✕ _____

Data Firma del medico

Bollo dell'ospedale / clinica

4 Percorsi di casa o altra struttura:

a) Membro della famiglia Nome _____ Telefono: _____

b) Nome della Spitex: _____ Telefono: _____

c) Casa di cura / ospizio / clinica / ospedale / riabilitazione

Nome: _____ Telefono: _____

Indirizzo: _____

5 Ordini, consigli e istruzioni di:

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 Avviso di protezione dei dati per il paziente:

ewimed Switzerland AG („ewimed") tratta i vostri dati per fornirvi il materiale di drenaggio e per istruire voi e i terzi che vi assistono, come i servizi di assistenza, sul suo utilizzo.

I suoi dati saranno trasmessi a terzi solo in casi eccezionali. Se volete saperne di più su questo e sul trattamento generale dei dati di fenik, troverete ulteriori informazioni nella nostra polizza sulla protezione dei dati personali al seguente link: https://ewimed.ch/it/impressum-2/

7 Consenso del paziente al trasferimento dei dati

Dichiaro che il medico curante, l'ospedale o la clinica possono trasferire i miei dati personali a ewimed e che ewimed può trasferire questi dati ai servizi di assistenza, al APMA o ad altre terze parti come descritto nella sezione 6.

Oltre alle informazioni generali sulla sua persona (ad esempio nome, indirizzo, data di nascita, assicurazione sanitaria), i suoi dati includono anche informazioni sulla sua salute (quantità di drenaggi, infezioni, diagnosi se necessario, rapporti di visita, ecc.), che sono considerati dati personali sensibili ai sensi della legge sulla protezione dei dati. I vostri dati saranno trasmessi a terzi solo in casi eccezionali, se avete dato il vostro consenso o se ciò è necessario per l'esecuzione del contratto,previsto dalla legge o richiesto da un interesse pubblico o privato preponderante, ad esempio a terzi incaricati da voi o dalle autorità per sostenervi. Questi terzi possono includere, ad esempio, congiunti, assistenti o servizi di assistenza, l'Autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA), assicurazione malattia e assicuratori, nella misura in cui ciò sia necessario ai fini della fatturazione o, in caso di arretrati, all'ufficio d'esecuzione competente o ad altre autorità

Data: _____ Firma del paziente: ✕ _____

FC_F0001IT_R009_2022-11