

## Prescription médicale: Système de drainage PleurX™

Un cathéter 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 [info@fenik.ch](mailto:info@fenik.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	Ascite	Remarque
Volume drainé:		ml / 24 h	
Intervalle prescrit:	Selon symptômes		x par semaine
Maladie(s) infectieuse(s) chronique(s):	Non	Oui, à savoir:	

Remarque

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

Description de l'article / taille de l'emballage:	N° Article:	N° LiMa :
Première instruction	S1000	

Numéro de lot du cathéter / Etiquette autocollante

Prescription permanente pour:

Clamp de sécurité, non stérile	P1100S	01.03.02.02.1	
PleurX™ Ligne de drainage, stérile	50-7245	01.03.02.01.1	
PleurX™ kit de drainage 500 ml, 1UE = 10 pièces	50-7500B	01.03.01.01.1	Drainage par aspiration
PleurX™ kit de drainage 1000 ml, 1UE = 10 pièces	50-7510	01.03.01.01.1	Drainage par aspiration
ewimed kit de drainage 2000 ml, 1UE = 10 pièces	50-7505	01.03.01.01.1	Drainage par gravité
drainova® kit de drainage 2000 ml, 1UE = 10 pièces	2010	01.03.01.01.1	Drainage par aspiration douce

### 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:

a) Personne de référence  
Nom:

Téléphone:

b) Soins à domicile  
Nom:

Téléphone:

c) Institution médicalisée / Home / Clinique / Hôpital

Nom:

Téléphone:

Adresse:

### 5 Commandes, conseils & instructions par:

fenik AG • Querstrasse 5 • 8212 Neuhausen am Rheinfall • Tel.: +41 31 511 87 20 • Fax: +41 52 577 02 56 • [info@fenik.ch](mailto:info@fenik.ch)

### 6 Consentement à la protection des données (patient):

Lors de l'instruction et de la livraison des kits de drainage, nous traitons et utilisons vos données personnelles. Ces données comprennent des informations générales sur vous-même (par ex. nom, adresse, date de naissance, assurance maladie) et des informations concernant votre santé (drainage, infections, éventuellement diagnostic) conformément à la loi fédérale sur la protection des données (LPD) couvre les données personnelles à protéger et pour lesquelles des exigences particulières de protection des données s'appliquent. Vos données ne seront transmises à des tiers qu'à titre exceptionnel tels que : par ex. l'APEA ou, dans le cas d'arriérés, si nécessaire, à l'agence de recouvrement de créances responsable.

Je déclare par la présente que l'hôpital ou la clinique peut transmettre mes données personnelles décrites ci-dessus à la société fenik AG.

Date:

Signature du patient: