

## Saisie des données du patient dans le cadre de l'expédition de médicament

Afin de nous permettre de vous conseiller de manière optimale en matière de thérapie médicamenteuse et d'identifier les problèmes relatifs aux médicaments et à la santé, vous devez nous fournir des données complémentaires sur votre état de santé et votre médication. Ces données seront exploitées uniquement par la pharmacie et dans le cadre de l'information relative à l'enregistrement de données concernant le médicament pour la participation à la vente par correspondance de médicaments.

**Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires, et en leur absence, nous ne pourrions pas vous envoyer vos préparations → envoyer à [Pharmacina.dhao@hin.ch](mailto:Pharmacina.dhao@hin.ch)**

<b>*Nom et Prénom:</b>		
<b>*Rue et immeuble:</b>		
<b>*NPA et Localité:</b>		
<b>*N° Tél.:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Email:</b>
<b>*Informations personnelles:</b>		
Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Date de naissance:	Caisse Maladie:
<b>*Maladies:</b>		
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Asthme bronchique	<input type="checkbox"/> Problèmes coagulation sanguine
<input type="checkbox"/> Maladies du foie	<input type="checkbox"/> Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Allergies, si oui lesquelles?
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Maladies rénales	<input type="checkbox"/> Autres maladies, si oui lesquelles?
<b>*Grossesse/Allaitement:</b>		
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas enceinte	<input type="checkbox"/> Je n'allaiter pas	
<b>*Quels médicaments prenez-vous régulièrement?<sup>1</sup></b>		
<small><sup>1</sup>Nous vous aidons volontiers à établir la liste des médicaments que vous prenez. Si nous avons des questions ou des précisions à vous demander, nous vous téléphonerons. <input type="checkbox"/> oui, veuillez m'appeler</small>		
<b>*J'accepte que mon médecin transmette directement l'ordonnance médicale à la pharmacie autorisée à pratiquer la vente par correspondance: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>		
<b>*Date:</b>	<b>*Signature:</b> (du représentant légal le cas échéant))	

Madame, Monsieur,

Nous vous avons envoyé un médicament. Si vous avez des questions le concernant, p. ex.

- L'effet de ce médicament sur l'organisme,
- Comment préparer le remède
- Comment et quand prendre le médicament (pendant les repas, etc.)
- Les médicaments, les denrées alimentaires ou les substances (alcool, etc.) que vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament,
- Le laps de temps pendant lequel vous devez/pouvez prendre ce médicament et ce qu'il faut faire si vous oubliez de le prendre,

la **FARMACIA VARINI**  
**(PharmaCina DHAO)**

se tient à votre entière disposition pour un conseil au numéro **(+41)91 752 19 90**

du lundi au vendredi de 8h à 17h

**Votre interlocutrice :**

Sara Varini - Pharmacienne FPH

Vous pouvez également nous poser votre question par fax au **(+41)91 752 19 91** ou par courriel à l'adresse email [pharmacina.dhao@hin.ch](mailto:pharmacina.dhao@hin.ch)

Si des problèmes surgissent durant la prise du médicament, prenez immédiatement contact avec notre pharmacie ou avec votre médecin traitant.

Prenez contact avec notre pharmacie si l'envoi vous parvient en mauvais état ou si son contenu vous semble douteux.