

Aanvraagformulier

U kunt het ingevulde formulier faxen naar: **030 282 17 76**

Per post: Antwoordnummer 4730, 3500 SJ UTRECHT
of ondertekenen, scannen en als mail versturen naar: info@mediqromedic.nl

Naam: _____ Geboortedatum:
Adres: _____ Geslacht: Man Vrouw
Postcode: _____ Plaats: _____ Zorgverzekeraar: _____
Telefoonnr.: _____ Polisnummer: _____

Geneesmiddel: **VENTAVIS**

Insteldatum: _____

Vernevelrequentie: _____

Dosering per keer: 2,5 mcg 5 mcg

Verpakking:

- 3x 30 ampullen Ventavis 10 mcg/ml
(Startpakket nieuwe patiënt)
- 3x 168 ampullen Ventavis 10 mcg/ml
(Herhaalrecept)
- 3x 168 ampullen Ventavis 20 mcg/ml
(Herhaalrecept)

Patiënt lijdt aan Pulmonale Arteriële Hypertensie New York Heart Association klasse III of IV en wordt behandeld met Iloprost voor inhalatie (Ventavis®) in de volgende situatie:

- In combinatie met een oraal geneesmiddel
- Als monotherapie ter behandeling van de primaire vorm van Pulmonale Arteriële Hypertensie, doordat de behandeling met orale geneesmiddelen (mono- of combinatietherapie) onvoldoende resultaat heeft gebracht én een behandeling met epoprostenol of treprostinil subcutaan of intraveneus niet noodzakelijk is of niet mogelijk vanwege bijwerkingen of contraïndicaties.

Instructie zal bij patiënt thuis plaats vinden door een verpleegkundige van Mediq Romedic.

Vernevelaar: I-Neb

Desinfectiemiddelen: 1710, Desinfecteerbakje klein 1711, Desinfecteerbakje groot
 1705, Alcohol 70% geketoneerd, 1 liter 1701, Actacid, set a 2 flessen + 1 sproeikop

Datum: _____ Telefoonnr: _____

Faxnr: _____

Instelling: _____

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____

