

Demander une recommandation thérapeutique (pour les médecins praticiens)



Infoline pour les professionnels de la santé
Téléphone: 0800 706 700 (gratuit)
Fax: 061 706 75 33

E-mail: infoline@iscador.ch
www.iscador.com

Iscador AG
Kirschweg 9
4144 Arlesheim

Nous demandons des informations claires et complètes, sinon il n'est pas possible de préparer la recommandation thérapeutique ISCADOR®.

Emetteur/Emettrice

Titre, nom, prénom: _____ Cachet

Rue: _____

NPA, Lieu: _____

Téléphone: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Réponse souhaitée par: Fax E-mail Téléphone; meilleur contact le: _____ entre _____ et _____

Je charge Iscador AG, Kirschweg 9, 4144 Arlesheim, de me fournir un conseil médical avec une proposition de traitement individuel sans engagement et gratuit en fonction de mes données. Mes données personnelles seront stockées et traitées dans le but de me contacter et de me fournir des informations sur Iscador AG et ses produits. Elles ne seront utilisées qu'à ces fins et ne seront pas transmises à des tiers non autorisés. J'ai le droit de savoir ce qui est stocké à mon sujet, par exemple par téléphone +41 61 706 72 22 ou par e-mail info@iscador.ch.

Date: _____ Signature: _____

Données sur le patient: Initiales: Femme Homme Date de naissance
Prénom Nom Jour Mois Année

Diagnostic tumoral: _____

Diagnostic initial: Récidive: non oui, depuis: _____
Mois Année

Métastases: non oui, lequel _____

Pour Mamma-Ca: préménopause péri-ménopause postménopause (aussi induite par des médicaments)

Thérapies:	Opération	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, quand? _____	<input type="checkbox"/> prévue	Condition générale:	
	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> non,	si oui: <input type="checkbox"/> terminée <input type="checkbox"/> en traitement	<input type="checkbox"/> prévue		<input type="checkbox"/> bonne
	Radiothérapie	<input type="checkbox"/> non,	si oui: <input type="checkbox"/> terminée <input type="checkbox"/> en traitement	<input type="checkbox"/> prévue		<input type="checkbox"/> diminuée
	Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> non,	si oui: <input type="checkbox"/> terminée <input type="checkbox"/> en traitement	<input type="checkbox"/> prévue		
	Immunothérapie	<input type="checkbox"/> non,	si oui: <input type="checkbox"/> terminée <input type="checkbox"/> en traitement	<input type="checkbox"/> prévue		

Pour en savoir plus: Allergie connue au gui non oui, arbre hôtes: _____

Maladie inflammatoire aiguë ou très fébrile non oui, en fait: _____

Maladie granulomateuse chronique non oui, en fait: _____

Maladie auto-immune floride non oui, en fait: _____

Hyperthyroïdisme mit Tachykardie non oui, en fait: _____

Autres questions/informations: _____