

VEUILLEZ COMPLÉTER TOUS LES CHAMPS

1) Informations et état du patient

- a) Nom du patient (prénom et nom de famille en lettres majuscules) _____
- b) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____
- c) Sexe Homme Femme Autre
- d) Date estimée de début de l'utilisation (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____
- e) Durée de besoin estimée 2 mois 3 mois 4 mois Autre ____ mois
- f) Raisons conduisant au port de la LifeVest® (Cochez une case):

Étiologie ischémique

- IDM récent (< 40 jours) avec FE ≤ 35 % sans revascularisation
- Angioplastie coronaire récente (< 90 jours) avec FE ≤ 35 %
- Pontage aortocoronarien récent (< 90 jours) avec FE ≤ 35 %
- IC nouvellement diagnostiquée avec FE ≤ 35 % d'origine ischémique

Fraction d'éjection (FE)

_____ %

Étiologie non ischémique

- IC nouvellement diagnostiquée avec FE ≤ 35 % d'origine non ischémique
- Myocardite ou myocardite suspectée
- Cardiomyopathie du péripartum

Fraction d'éjection (FE)

_____ %

Autre étiologie

- Maladie génétique cardiaque diagnostiquée ou suspectée (syndrome de Brugada, syndrome du QT long, etc.)
- En attente d'une transplantation cardiaque
- Explantation d'un DAI et attente d'une ré-implantation
- Implantation d'un DAI retardée en raison de contre-indications cliniques
- Autre problème de santé avec risque élevé de MSC non répertoriée ci-dessus

Veillez décrire _____

2) Paramètres de la LifeVest (Saisir les valeurs pour chaque paramètre. Une valeur par défaut sera appliquée si la ligne reste vide.)

- a) Seuil de tachycardie ventriculaire
Valeur par défaut 150 BPM

(Pas de 10 entre 120 et 250 BPM)
- b) Seuil de fibrillation ventriculaire
Valeur par défaut 200 BPM

(Pas de 10 entre 120 et 250 BPM)
- c) Énergie de traitement
Valeur par défaut: 150 joules pour chacun des cinq chocs
1er _____ 2ème _____ 3ème _____ 4ème _____ 5ème _____
(Pas de 25 entre 75 J et 150J)

- d) Le patient porte un défibrillateur automatique implantable (DAI)?
 Non Oui → Le traitement antitachycardique est-il/a-t-il été désactivé?
Le patient porte un stimulateur cardiaque?
 Non Oui → La polarité de la stimulation a été vérifiée et, le cas échéant, programmée sur bipolaire?

3) Informations relatives au prescripteur* (voir note de bas de page pour les informations sur la protection des données)

- a) Contact désigné du prescripteur _____
- b) N° de téléphone du contact _____
- c) **Nom du prescripteur** (prénom et nom de famille en lettres majuscules) _____
- d) **Hôpital/Établissement** _____
- e) **Signature du prescripteur — Pas de tampon** _____
- f) **Date de signature** (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____



- 1) Complétez le formulaire de renseignements pour une prescription de la LifeVest. Veuillez noter que **TOUS LES CHAMPS** doivent être renseignés et que le formulaire de renseignements doit être **SIGNÉ ET DATÉ** par votre médecin.
- 2) Envoyez le formulaire de renseignements relatif à une prescription de la LifeVest à ZOLL par e-mail à **LifeVest.orders-NL@zoll.com**.
- 3) Dès qu'une commande complète a été reçue, ZOLL vous contactera afin d'organiser un rendez-vous avec notre représentant du service d'équipement des patients.

* Informations sur la protection des données

Informations générales – Les données relatives au prescripteur sont des données personnelles (nom du contact du prescripteur, n° de téléphone du contact du prescripteur, nom du prescripteur, hôpital/établissement, signature du prescripteur et date). Si le contact n'est pas le prescripteur en personne (mais que le prescripteur a fourni son nom), le prescripteur doit veiller à transmettre au contact les informations sur la protection des données.

Objectifs et base juridique – Nous, ZOLL International Holding BV, traitons les informations du prescripteur à des fins de facturation et de remboursement, tout en assurant une prise en charge du patient et un traitement de la prescription efficaces. La base juridique pour ce traitement est notre intérêt légitime de fournir des soins et un soutien complet concernant le LifeVest.

Divulgaration/destinataires – ZOLL International Holding BV transmettra les données relatives au prescripteur à ZOLL CMS GmbH en Allemagne afin de pouvoir exécuter l'ordre médical. ZOLL Services LLC à Pittsburgh (États-Unis) et des partenaires prestataires de services tiers pourront recevoir des données personnelles pour des raisons de traitement basé sur et protégé par des accords sur le traitement des données, respectivement.

Transfert international des données – Les données personnelles recueillies par ZOLL International Holding BV sont conservées sur des serveurs ZOLL, qui peuvent être situés hors de la Belgique ou de la Communauté économique européenne, notamment aux États-Unis d'Amérique. Jusqu'ici, nous nous appuyons sur des clauses contractuelles standard entre contrôleur et responsable du traitement pour le transfert de données personnelles vers des pays tiers, telles que décidées par la Commission européenne.

Durée de conservation – ZOLL International Holding BV conserve vos données personnelles tant que nous avons un intérêt commercial légitime à le faire, généralement tant que la procédure de prescription respective est en cours et dans le respect des obligations légales de conservation qui en découlent.

Droits à la protection des données – Vous disposez du droit d'accès, du droit de rectification, du droit de suppression, du droit à la limitation du traitement, du droit d'opposition, du droit de déposer une réclamation auprès de l'autorité compétente et, le cas échéant, du droit de retirer votre consentement à tout moment.

Informations de contact – ZOLL International Holding BV, Einsteinweg 8A, 6662 PV ELST, phone +31 481 366 420 ; le responsable de la protection des données de ZOLL International Holding BV est joignable à l'adresse Dataprotectioninquiries@zoll.com
Téléphone

