



CERTIFICADO DE REVACINAÇÃO

*Este certificado deverá ser enviado à Alexion relativamente a qualquer doente tratado com **SOLIRIS® (eculizumab) 300 mg** e revacinado de acordo com as recomendações atualmente em vigor.*

A ENVIAR DE IMEDIATO por fax ou por email como documento digitalizado

Para:	ALEXION	Pág. :	1 / []
Fax/ Email :	800844769/ alexion.pedidos@alxn.com	Data:	

Nome do Prescritor: _____

Hospital: _____ N.º Telef.: _____
Endereço: _____ N.º Fax: _____
Cidade: _____ Email: _____

PORTUGAL

Informações sobre o Doente:

Data de nascimento: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(dd/mm/aaaa)

Indicação: ☐ HPN ☐ SHUa

Compromisso

Eu, abaixo-assinado, _____ declaro, pelo presente documento, que o doente foi revacinado de acordo com as recomendações atualmente em vigor para a vacinação contra a infecção meningocócica, de preferência com a vacina conjugada tetravalente.

A data de revacinação é: ____/____/_____.
(dd/mm/aaaa)

Código do doente : _____ *(a ser completado pela Alexion)*
Após validação do doente pela Alexion, um código do doente será atribuído pela Alexion. O código do doente deverá ser utilizado em qualquer encomenda futura.

Atentamente,

Data:

Assinatura:

De acordo com a Diretiva nº 95/46/EC e a sua transposição para a legislação local em cada Estado Membro, cada doente tem o direito de aceder aos seus dados pessoais, de forma a modificá-los, corrigi-los ou eliminá-los. Esta possibilidade concedida a cada doente, tem de ser efetuada através de uma carta enviada para a Alexion Pharma Spain, Passeig de Gràcia, 85, 4ª Planta, Barcelona 08008, Espanha