

Notfallbestellprozess für Voraxaze (Glucarpidase) - 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr

Notfallbestellprozess: Tel: +44 207 887 2235

Voraxaze® ist im Notfall über das WEPclinical Notfallzentrum 24 Stunden am Tag / 365 Tage im Jahr bestellbar.

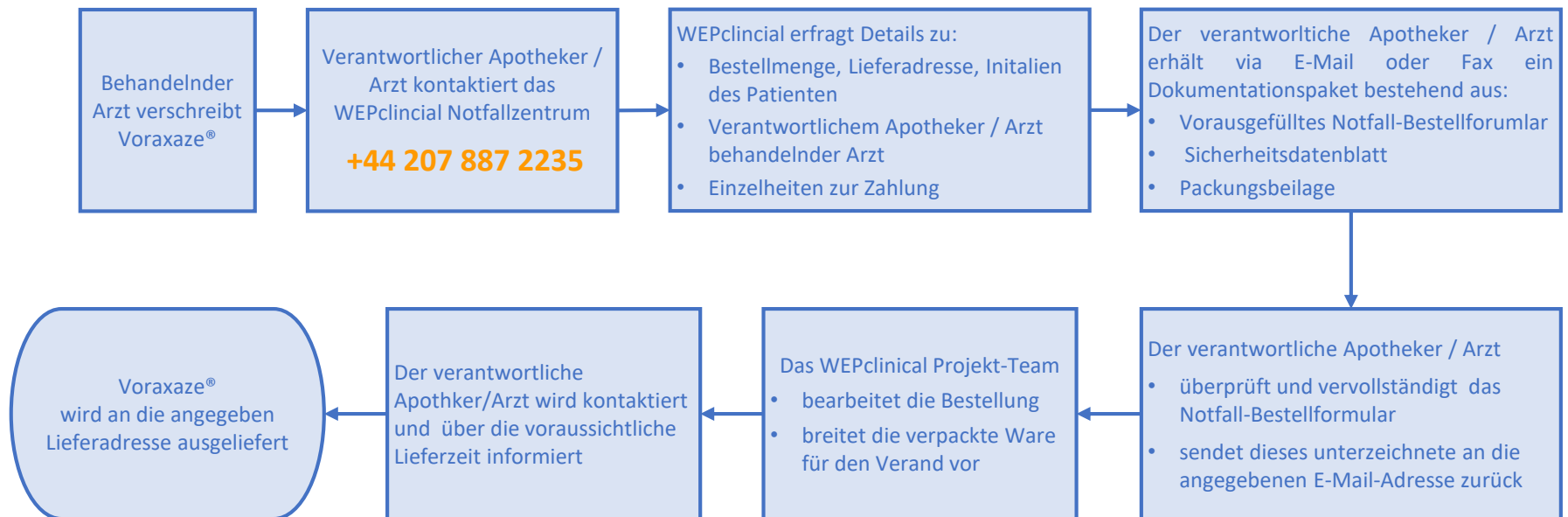
Bitte kontaktieren Sie hierzu die Notfall-Rufnummer von WEP Clinical:
+44 207 887 2235



Voraussetzungen für die Bestellung

Folgenden Kriterien müssen für den Notfallversand erfüllt sein:

1. Unmittelbarer Bedarf des Patienten
2. Ausgefülltes Notfallbestell-Formular
3. Unterzeichnetes Notfallbestellformular oder eMail-Bestätigung des genannten Preises
4. Behördliche Genehmigung (falls notwendig)



Schlüsselaspekte

- Das aufgeführte Verfahren beschreibt den Notfall-Bestellprozess
- Das Produkt wird sofort nach Erhalt des Notfall-Bestellformulars versandt, um innerhalb von 24 Stunden im Krankenhaus einzutreffen
- Das WEPclinical Notfallzentrum wird sich ausschließlich zu der Bestellung und steht zur Verfügung, um alle Aspekte mit dem Kunden zu besprechen.

Fachinformation

- Bitte informieren Sie sich im Vorfeld über das Produkt unter <https://voraxaze.com/>
- Für Fachinformation, Studienergebnisse etc. bitte kontaktieren Sie den Hersteller BTG direkt unter folgenden E-Mail Adressen: BTGpharmamedicalinfo@btgsp.com oder vigilance@btgplc.com

Versendete E-Mail vom WEPclinical Notfallzentrum

Notfallbestellprozess: Tel: +44 207 887 2235

Der verantwortliche Apotheker / Arzt erhält via E-Mail oder Fax ein Dokumentationspaket bestehend aus:

- Vorausgefülltes Notfall-Bestellformular (WEP Clinical XXXX.docx)
- Sicherheitsdatenblatt
- Packungsbeilage



Der verantwortliche Apotheker / Arzt

- überprüft und vervollständigt das Notfall-Bestellformular (WEP Clinical XXXX.docx)
- sendet dieses unterzeichnete an die in der erhaltene E-Mail angegebenen E-Mail-Adresse zurück.

From: Voraxaze <voraxaze@wepclinical.com>
Sent: DD-MM-YYYY; hh:mm
To: Max Mustermann <max.mustermann@mh-musterstadt.de>
Cc: EU Project Management <eupm@wepclinical.com>
Subject: Voraxaze® (Glucarpidase) Order Form DD-MM-YYYY

Attachments: Voraxaze® MSDS (rev DD-MM-YYYY).pdf; Voraxaze® (Glucarpidase) PRESCRIBING INFORMATION YYYY; WEP Clinical XXXX.docx

Dear Mrs / Mr Mustermann

Thank you for your request to order Voraxaze® (glucarpidase). Please see attached the form completed with the information you have provided over the phone. Please check these details are accurate and that any missing fields are completed if required.

Please sign the document and return a scanned copy to voraxaze@wepclinical.com or by fax to +44 20 3538 6639.

We have attached the Material Safety Data Sheet (MSDS) and Prescribing Information for Vistogard to this email for your reference.

We trust that this information is useful to you, if you have any further queries or require further information please call a member of the WEP Clinical Voraxaze® Ordering Helpline team on +44 207 887 2235.

Kind regards,

Emergency Telephone Operator

WEP Clinical Voraxaze Ordering Line

Telephone: +44 207 887 2235

Fax: +44 20 3538 6639

Email: voraxaze@wepclinical.com

WEP-UK-FORM-Emergency Supply Germany	Version No.: 01	Effective Date:
---	------------------------	------------------------

Ausfüllhilfe:

Nicht zutreffende Felder mit dem Kürzel N/A ausfüllen. Bitte senden Sie das unterzeichnete Formular innerhalb von 2 Stunden entweder per FAX oder eingescannt per eMail an uns zurück.

Instructions for completion: Mark non-applicable fields as N/A. Return the form signed and scanned/faxed within 2 hours.

Angaben zum Produkt / Product Details	
Vollständige Produktbeschreibung: <i>(inkl. Darreichungsform und Stärke)</i> Full product description: <i>(include presentation and strength)</i>	<i>Voraxaze® (glucarpidase) Lyophilized powder 1000 Units / Vial for intravenous injection</i>
Menge: Quantity:	
Angaben zum Patienten / Patient Details	
Initialen des Patienten: <i>(Bitte nicht den vollständigen Namen des Patienten angeben)</i> Patient's initials: <i>(Please do not include patient's full name)</i>	
Angaben zur Lieferung / Delivery Details	
Name des Zustellungsortes: Delivery Site Name:	
Lieferadresse: <i>(Bitte besondere Lieferanweisungen angeben, z.B. Türnummer oder Stockwerk)</i> Delivery Address: <i>(Please include any special delivery instructions e.g. door number or floor)</i>	
Empfänger / zu Händen von (Name und Position): Consignee/For attention of (name & position):	
Kontakt – Telefonnummer: Contact telephone number:	
Kontakt – E-mail Adresse: Contact E-mail address:	

WE Pharma Limited, trading as WEP Clinical, is the legal and entitled owner of this document. This document is not to be duplicated, distributed, republished or used without expressed written approval of an officer of WEP Clinical. Printed copies are uncontrolled and for informational use only.

WEP-UK-FORM-Emergency Supply Germany	Version No.: 01	Effective Date:
---	------------------------	------------------------

Angaben zur Rechnungsstellung / Billing Details			
Warenpreis: Cost of Goods:	22545.00 € pro Packung		
Warenpreis - Gültig bis: (mm - yyyy) Cost of Goods Validity (mmm-yyyy)			
Kosten für den Spezialversand: Specialist delivery charge:		Während der regulären Geschäftszeit During working hours	Ausserhalb der regulären Geschäftszeit Out of hours
	Großbritannien / UK	-	-
	Europa / Europe	1000.00 €	1000.00 €
Rechnung zu Händen von (Name und Position): Invoice for the attention of (name & position):			
Telefonnummer: Telephone Number:			
E-Mail Adresse: E-Mail address:			
Bestellnummer: Purchase Order Number:			
Umsatzsteuer-Nummer: VAT Number:			
Rechnungsadresse: (Falls abweichend von oben) Billing Address: (If different to above)			

WE Pharma Limited, trading as WEP Clinical, is the legal and entitled owner of this document. This document is not to be duplicated, distributed, republished or used without expressed written approval of an officer of WEP Clinical. Printed copies are uncontrolled and for informational use only.

WEP-UK-FORM-Emergency Supply Germany	Version No.: 01	Effective Date:
---	------------------------	------------------------

behandelnde Ärztin/Arzt / Medical Practitioner/Physician Details	
Vollständiger Name: Full Name:	
Position: Position:	
Medizinische Registrierungsnummer: Medical registration number:	
Telefonnummer: Telephone Number:	
E-Mail Adresse: E-Mail Address:	

Muster-Bestellformular

WE Pharma Limited, trading as WEP Clinical, is the legal and entitled owner of this document. This document is not to be duplicated, distributed, republished or used without expressed written approval of an officer of WEP Clinical. Printed copies are uncontrolled and for informational use only.

Erklärung / Declaration (Einverständniserklärung)*(vom verantwortlichen Arzt auszufüllen / to be completed by the prescribing physician)**Ich erkläre hiermit, dass:*

- Es gibt im Moment keine im Importland erhältlichen anderen zugelassenen Alternativ-Arzneimittel.
- Das Produkt wird aufgrund eines besonderen klinischen Bedarfs im Rahmen des *named patient programs* an den namentlich aufgeführten Patienten verschrieben.
- Alle erforderlichen gesetzliche Anforderungen wurden eingeleitet, um den Import in das Land zu ermöglichen.
- Der Patient und/oder der Gesetzliche Vertreter wurden informiert, dass das Arzneimittel im Importland nicht lizenziert ist sowie über die Risiken und Vorteile dieser Behandlung in Kenntnis gesetzt.
- Das Produkt wird unter der Verantwortung des behandelnden Arztes verwendet, der in Übereinstimmung mit der geltenden lokalen Gesetzgebung über die entsprechende Einwilligungserklärung des Patienten / gesetzlichen Vertreters verfügt.
- Die Einrichtung / das Unternehmen wird, falls noch nicht geschehen, am nächst folgenden Arbeitstag nach Bestellung des Arzneimittel mit diesem Notfallformular eine reguläre Bestellung für das Produkt inkl. Lieferkosten aufgeben.
- Die Einrichtung / das Unternehmen wird die Zahlung für das Produkt inklusive Lieferkosten innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung auf das angegebene Bankkonto leisten.

I declare that:

- There are no other valid alternative licenced medicines currently available in the country of import.
- The product is being prescribed in response to the special clinical need of a named patient.
- All applicable local regulatory requirements have been initiated to authorise import into the country.
- The patient and/or carer has been informed of the unlicensed/off-label nature of this medicine and of the perceived risks and benefits of this treatment.
- The product will be used under the direct responsibility of the prescribing physician, who will maintain records of informed consent in line with current local legislation.
- The organisation will issue a Purchase Order, if not done already, for the product and the delivery charge within 24 hours of signing this form.
- The organisation will make payment for the product and the delivery charge within 30 days of receipt of an invoice, to the bank account detailed on the invoice.

Vollständiger Name (In Druckbuchstaben)/Full Name (print):**Position/Position:****Unterschrift und Firmenstempel/Signature:****Datum/Date:****Hinweis: Alle Kosten und Gebühren sind ohne Mehrwertsteuer angegeben**

Note: All costs and charges are stated exclusive of VAT, charged where applicable.

WE Pharma Limited, trading as WEP Clinical, is the legal and entitled owner of this document. This document is not to be duplicated, distributed, republished or used without expressed written approval of an officer of WEP Clinical. Printed copies are uncontrolled and for informational use only.