



Nome do médico: _____ Data: _____

Local trabalho: _____ Tel.: _____

Nome do doente: _____ Data nascimento: _____

Nº contribuinte: _____ Morada: _____

E-mail: _____ **Código postal:** _____ **Localidade:** _____

Tel./Móv.: _____ SNS ☐ ADSE ☐ Outro ☐ nº _____

Morada de entrega: _____

Código postal: _____ **Localidade:** _____

PAGAMENTO POR MULTIBANCO: Solicito o envio dos dados **Entidade, Referência e Montante** por SMS ☐ E-mail ☐

INDIQUE O TIPO DE TRATAMENTO

CLUSTOID 10.000TU/mL	
GRAMÍNEAS SELV. (Dactylis, Lolium, Phleum)	
GRAMÍNEAS SELV. + Secale cereale (Dactylis, Lolium, Phleum)	
Alnus glutinosa	
Ambrosia artemisiifolia	
Artemisia vulgaris	
Betula verrucosa	
Corylus avellana	
Cupressus arizonica	
Cynodon dactylon	
Dactylis glomerata*	
Fraxinus excelsior	
Lolium perenne*	
Olea europaea	
Parietaria judaica	
Phleum pratense	
Plantago lanceolata	
Platanus acerifolia	
Salsola kali	
Secale cereale	
Blomia tropicalis	
D. farinae	
D. pteronyssinus	
Lepidoglyphus destructor	
D. pteronyssinus + D. farinae	
Cão	
Gato	

POLIPLUS 20.000TU/mL	
Selecione até 3 dos extratos disponíveis	
GRAMÍNEAS SELV. (Dactylis, Lolium, Phleum)	
Artemisia vulgaris	
Betula verrucosa	
Cupressus arizonica	
Olea europaea	
Parietaria judaica	
Phleum pratense	
Platanus acerifolia	
Salsola kali	
Blomia tropicalis	
D. farinae	
D. pteronyssinus	
D. pteronyssinus + D. farinae	
D. pteronyssinus + Lepidoglyphus	
Lepidoglyphus destructor	
Cão	
Gato	

ABENOX 25µg /mL ou 100µg/mL	
Apis mellifera	

HYMNOX 25µg /mL ou 100µg/mL	
Polistes dominula	
Vespa velutina	
Vespula vulgaris & germanica	
Polistes spp	

MODIGOID 4µg/mL ou 12µg/mL	
Alt a 1	
Cup a 1	
Fel d 1	

MODIGOID PLUS 4µg/mL ou 12µg/mL + 10.000 ou 20.000 TU/mL	
Alt a 1	
Cup a 1	
Fel d 1	
Selecione até 2 extratos na coluna de Poliplus ou 1 extrato na coluna de Clustoid para reconstituir com Alt a 1 ou Cup a 1.	

SULGEN SPRAY 30.000TU/mL	
GRAMÍNEAS SELV. (Dactylis, Lolium, Phleum)	
Alternaria alternata	
Aspergillus fumigatus	
Olea europaea	
Parietaria judaica	
Phleum pratense	
Platanus acerifolia	
Acarus siro	
Blomia tropicalis	
D. farinae	
D. pteronyssinus	
D. pteronyssinus + D. farinae	
D. pteronyssinus + Lepidoglyphus	
Lepidoglyphus destructor	
D.E. Cão	
D.E. Cavalo	
D.E. Gato	

TRATAMENTO	APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	
☐ POLIPLUS	☐ 1 Frasco	☐ 2 Frascos
☐ CLUSTOID	☐ 1 Frasco	☐ 2 Frascos
☐ SULGEN SPRAY	☐ 2 Frascos	☐ 3 Frascos
☐ MODIGOID	☐ 6 frascos LIOFILIZADO + 6 frascos DISOLVENTE	
☐ MODIGOID PLUS	☐ 6 frascos LIOFILIZADO + 6 frascos SUSPENSÃO	

	INICIAÇÃO	MANUTENÇÃO
☐ ABENOX	☐ 1 Frasco A + 3 Frascos B	☐ 6 Frascos B
☐ HYMNOX		

*Só disponíveis para manutenções. As iniciações deverão ser efetuadas com Clustoid Gramíneas Selvagens (mistura de Phleum, Dactylis e Lolium)

Mais alérgenos disponíveis em SULGEN.

Serviço de Apoio ao Cliente:
vacinas@roxall.pt
Telef: **220 150 580**

(chamada para a rede fixa Nacional)

Horário de atendimento: **Dias úteis:**
9:00h - 12:00h e 14:00h - 17:00h

Extratos disponiveis

SULGEN SPRAY					
PÓLENS			ÁCAROS		
Ambrosia artemisiifolia	Festuca rubra	Salsola kali	Euroglyphus maynei		
Artemisia vulgaris	Lolium perenne	Secale cereale	Tyrophagus putrescentiae		
Cynodon dactylon	Plantago lanceolata	Urtica dioica	FUNGOS		
Dactylis glomerata			Cladosporium herbarum		
PÓLENS (Arvores)			DERIVADOS EPIDÉRMICOS		
Alnus glutinosa	Cupressus arizonica	Populus alba	Vaca		
Betula verrucosa	Fagus sylvatica	Quercus ilex			
Corylus avellana	Fraxinus excelsior				

DADOS PESSOAIS - O envio deste pedido de vacina pressupõe a cedência e aceitação do tratamento dos seus dados pessoais pela Roxall Aristegui Portugal SA que se compromete a guardar, proteger e utilizar os mesmos com a finalidade exclusiva de preparação e envio da vacina aqui solicitada. Os seus dados poderão ser comunicados a Roxall Medicina España SA para a prossecução da indicada finalidade. Pode conhecer, retificar ou solicitar o esquecimento dos seus dados em qualquer altura, bastando para o efeito o envio de carta registada para a morada indicada neste formulário. Pode ainda, contactar o nosso serviço de apoio ao cliente para obter toda a ajuda necessária a este respeito. Os seus dados são guardados no nosso sistema para utilização futura, considerando a longa duração e repetição destes tratamentos.

Roxall Aristegui Portugal SA compromete-se a adotar medidas capazes de assegurar a confidencialidade, integridade e disponibilidade destes dados e ainda a reportar á CNPD no prazo máximo de 72 horas qualquer *Data Breach* que possa ocorrer na empresa. Roxall Aristegui Portugal SA garante ainda que em circunstância alguma fará a cedência destes dados no todo ou em parte a terceiros.

Li e aceito a utilização dos meus dados conforme indicado _____

COMO OBTER A SUA VACINA – INFORMAÇÃO PARA O DOENTE

Verifique se todos os dados (nome, contacto telefónico, NIF e data de nascimento) constantes nesta folha estão corretos. Entregue este pedido numa Farmácia

COMO ENCOMENDAR A VACINA - INFORMAÇÃO PARA A FARMÁCIA

Verifique se todos os dados (nome da Farmácia, Localidade, Endereço, Código Postal, NIF, Telefone de contacto e endereço de e-mail) estão corretos.

Digitalize esta folha de pedido e remeta-a para o endereço **vacinas@roxall.pt**

Para o esclarecimento de qualquer duvida relacionada com este pedido contacto o nosso serviço de apoio ao cliente através do e-mail **vacinas@roxall.pt** ou pelo telefone **220 150 581 (chamada para a rede fixa Nacional) de segunda a sexta das 9 h às 12h e das 14h às 17h**

PAGAMENTO EM CAIXA MB/ HOMEBANKING ATRAVÉS DE ENTIDADE E REFERÊNCIA

Pode solicitar-nos uma Entidade e Referência, que receberá por SMS ou email, e efetuar o pagamento em qualquer caixa MB ou Homebanking **SEM** necessidade de enviar qualquer comprovativo.

OUTRAS FORMAS DE PAGAMENTO

Por transferência bancária: Para o **IBAN PT50 0007 0000 0035 7448 1052 3**.

Se optar por este meio de pagamento, deverá enviar para o e-mail **vacinas@roxall.pt** o respectivo comprovativo de transferência.

Após confirmação do pagamento do pedido, a vacina será produzida e enviada para a morada indicada num prazo estimado de 8 a 20 dias, dependendo do tipo de vacina. As entregas são efetuadas por uma empresa especializada, durante os dias úteis e em horário laboral.

Receberá a nossa Fatura/Recibo junto com a vacina.