

# Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:  
**032 686 28 05**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1  
4528 Zuchwil  
Téléphone: 0800 220 222  
E-mail: pharmacare@mediservice.ch  
Votre pharmacie spécialisée

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. étiquette du patient)	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:

02246

emballages	emballages	emballages
<b>Bosulif</b>	<b>Imnovid</b>	<b>Sprycel</b>
Cpr pell 100 mg 28 pce	Capsules 1 mg 21 pce	Cpr pell 20 mg 60 pce
Cpr pell 400 mg 28 pce	Capsules 2 mg 21 pce	Cpr pell 50 mg 60 pce
Cpr pell 500 mg 28 pce	Capsules 3 mg 21 pce	Cpr pell 70 mg 60 pce
<b>Farydak</b>	Capsules 4 mg 21 pce	Cpr pell 100 mg 30 pce
Capsules 10 mg 6 pce	<b>Ninlaro</b>	<b>Tasigna</b>
Capsules 15 mg 6 pce	Capsules 2.3 mg 3 pce	Capsules 50 mg 120 pce
Capsules 20 mg 6 pce	Capsules 3 mg 3 pce	Capsules 150 mg 112 pce
<b>Glivec</b>	Capsules 4 mg 3 pce	Capsules 200 mg 28 pce
Cpr pell 100 mg 60 pce	<b>Revlimid</b>	Capsules 200 mg 112 pce
Cpr pell 400 mg 30pce	Capsules 2.5 mg 21 pce	<b>Venclyxto</b>
<b>Iclusig</b>	Capsules 5 mg 21 pce	Cpr pell 10 mg 14 pce
Cpr pell 15 mg 30 pce	Capsules 7.5 mg 21 pce	Cpr pell 50 mg 7 pce
Cpr pell 30 mg 30 pce	Capsules 10 mg 21 pce	Cpr pell 100 mg 7 pce
Cpr pell 45 mg 30 pce	Capsules 15 mg 21 pce	Cpr pell 100 mg 14 pce
<b>Imbruvica</b>	Capsules 20 mg 21 pce	Cpr pell 100 mg 112 pce
Cpr pell 140 mg 28 pce	Capsules 25 mg 21 pce	<b>Zydelig</b>
Cpr pell 280 mg 28 pce	<b>Rydapt</b>	Cpr pell 100 mg 60 pce
Cpr pell 420 mg 28 pce	Capsules 25 mg 56 pce	Cpr pell 150 mg 60 pce
Cpr pell 560 mg 28 pce	Capsules 25 mg 112 pce	

Validité ordonnance  Ord. ponctuelle  Renouvelable \_\_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_\_ répétitions

## Posologie

\_\_\_\_\_

## Garantie de prise en charge

- Pas nécessaire  
 Déjà obtenue (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

## Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus \_\_\_\_\_  
 Adresse du médecin ci-dessus \_\_\_\_\_  
 Adresse de livraison (CH) ci-contre \_\_\_\_\_  
 Pharmacie d'hôpital ci-contre \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: \_\_\_\_\_

<b>Important:</b> Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.	<b>Signature du médecin</b>	
	Date	Timbre / Signature