

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 20 30

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 032 686 20 20

E-mail: contact@mediservice.ch

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)	
Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

<input type="checkbox"/> Lenvima® (Lenvatiniv) caps 4mg 30 pces	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> Lenvima® (Lenvatiniv) caps 10mg 30 pces	_____	quantité d'emballages
Indication	Dans la LS : <input type="checkbox"/> Carcinome thyroïdien différencié (DTC) <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire (HCC)	
<input type="checkbox"/> Nexavar® (Sorafenib) cpr 200 mg 112 pces	_____	quantité d'emballages
Indication	Dans la LS : <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire <input type="checkbox"/> Carcinome thyroïdien réfractaire à l'iode radioactif Hors de la LS : <input type="checkbox"/> Carcinome à cellules rénales <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Stivarga® (Regorafenib) cpr 40 mg 3 x 28 pces	_____	quantité d'emballages
Indication	Dans la LS : <input type="checkbox"/> Cancer colorectal (CCR) métastatique <input type="checkbox"/> Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire (CHC) Hors de la LS : <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Posologie

Validité ordonnance Ord. ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Garantie de prise en Charge Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

Accompagnement Thérapeutique Je souhaite l'accompagnement thérapeutique par MediService Home Care Team

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: _____

Signature du médecin

Important: 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.

Date

Timbre / Signature