

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:

- Hizentra® 1 g/5ml sol inj** pour application s.c. (200 mg/ml) _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application *
- Hizentra® 2 g/10ml sol inj** pour application s.c. (200 mg/ml) _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application *
- Hizentra® 4 g/20ml sol inj** pour application s.c. (200 mg/ml) _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application *
- Hizentra® 10 g/50ml sol inj** pour application s.c. (200 mg/ml) _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application *

*Selon accord avec le patient, le set d'application est dispensé séparément et contient p. ex: seringues Crono, adaptateur pour flacon, set de perfusion Neria, distributeur de tampons (150 tampons), désinfectant, emplâtre, container à seringues usagées.

Posologie

Validité de l'ordonnance Une fois Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ fois

Micro pompe dos. S-PiD 20ml 50 ml (≤ 45 ml / sem.) 100 ml (> 45 ml / sem.)

Conseil thérapeutique

(incl. l'utilisation de la pompe)

Formation et suivi médical du patient pour sa thérapie par perfusion Hizentra®

Lieu souhaité pour la formation Clinique Domicile du patient

Début souhaité de la thérapie (Nr. De semaine) : _____

Date dernière dose i.v. : _____ taille : _____ cm et poids : _____ kg

Garantie de prise en charge

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

À demander par MediService. Merci de sélectionner l'indication. (MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies)

Déficits immunitaires primaires (DIP)

polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)

Myélome ou la leucémie lymphoïde chronique avec hypogammaglobulinémie secondaire sévère et infections récurrentes

Adresse de livraison

Adresse du patient ci-dessus

Adresse du médecin ci-dessus

Adresse de livraison (CH) ci-contre

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

Livraison le: _____

Signature du médecin

Important: Le docteur / la doctresse 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 doctresse 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