

Ordonnance

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

☐ **Gilenya®** capsules 0.5 mg (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Gilenya®** capsules 0.5 mg (98 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois

Service Home Care Pour aider votre patient à gérer son traitement, un infirmier spécialisé de MediService prendra contact avec votre patient.

Adresse de livraison La 1^{ère} livraison au patient n'est possible que s'il a été expressément dit au patient que la première prise du médicament doit se faire en présence du médecin

- | | |
|---|---|
| ☐ Adresse du patient ci-dessus | ☐ Adresse du médecin ci-dessus |
| ☐ Adresse de livraison (CH) | ☐ Pharmacie d'hôpital |

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

Livraison le: _____

Important:

Le médecin confirme par sa signature que 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 médecin 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.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature