

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: <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

Plegridy® stylos préremplis SC sol inj 63 µg/0.5 ml + 94 µg/0.5 ml (1+1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Plegridy® stylos préremplis SC sol inj 125 µg/0.5 ml (2 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Plegridy® seringues préremplies IM sol inj 125 µg/0.5 ml (2 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

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

Home Care Service Le médecin souhaite bénéficier du service patient Biogen MS Care par un infirmier MediService:
 Oui Non

Adresse de livraison

<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> 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 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