

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
<input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 2.5 g/25 ml i.v. flacon 25 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
<input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 5 g/50 ml i.v. flacon 50 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
<input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 10 g/100 ml i.v. flacon 100 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
<input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 20 g/200 ml i.v. flacon 200 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
<input type="checkbox"/> Privigen® sol perf 40 g/400 ml i.v. flacon 400 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 500ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
<input type="checkbox"/> Set de perfusion Promedical (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
Dosage (g/kg poids corp.) _____ Dose totale (g) _____	
Perfusion répartie sur <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> 5 jours	
Validité de l'ordonnance <input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable ____ mois <input type="checkbox"/> Renouvelable ____ fois	
Indication <input type="checkbox"/> Indication selon liste des spécialités (LS) <input type="checkbox"/> Hors liste des spécialités (LS) → merci de nous envoyer la garantie de prise en charge	
Service Home Care Le médecin souhaite qu'un infirmier MediService effectue l'injection: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse patient ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) ci-contre <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre
_____ _____ _____	

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.	Signature du médecin _____ _____
Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.	Date, Timbre / Signature