

# 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:

<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> emballage départ sol inj 6 x 8.8 mcg + 6 x 22 mcg seringues prêtes (6 + 6 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> sol inj 22 mcg/0.5 ml seringues préremplies (12 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> sol inj 44 mcg/0.5 ml seringues préremplies (12 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> RebiDose emballage départ sol inj 6 x 8.8 mcg + 6 x 22 mcg stylos préremplis (6 + 6 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> 22 RebiDose sol inj 22 mcg/0.5 ml stylos préremplis (12 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> 44 RebiDose sol inj 44 mcg/0.5 ml stylos préremplis (12 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> 22 Multidose sol inj 66 mcg/1.5 ml cartouches (4 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rebif</b> <sup>®</sup> 44 Multidose sol inj 132 mcg/1.5 ml cartouches (4 pcs)	_____	<b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_ fois

**Service Home Care** Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService:  
 Oui  Non

<b>Adresse de livraison</b>	<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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
Date, Timbre / Signature