

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"/> Aimovig® sol inj 70 mg/ml stylo prérempli 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Aimovig® sol inj 140 mg/ml stylo prérempli 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Softa Swabs tampons de purification (100 pcs)	_____ Nombre d'emballages

Posologie _____

Validité de l'ordonnance

Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois

Renouvelable _____ fois

Garantie de prise en charge

Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

Service Home Care

Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care dans le cadre du programme miCARE

Adresse de livraison

Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus

Adresse de livraison (CH) ci-contre Pharmacie d'hôpital ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

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