

| 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 |

Ajovy® sol inj 225 mg/1.5 ml seringue préremplie s.c. (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Ajovy® sol inj 225 mg/1.5 ml seringues préremplies s.c. (3 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Ajovy® sol inj 225 mg/1.5 ml stylo prérempli s.c. (1 pce) _____ **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 un infirmier
 MediService: Oui Non

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: 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.</p> | <p>Signature du médecin</p> <p>_____ Date, Timbre / Signature</p> |
|--|--|

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