

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:

Radicava® sol perf 30 mg/100 ml sachets 100 ml (2 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

Spitex-Transmission Le médecin souhaite une transmission à Spitex du patient par MediService

Début de la thérapie à l'hôpital à la maison: 1^{ère} infusion à domicile est souhaitée le _____

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s) Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage	Nombre d'emballages	Validité	Posologie

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: _____

Important:
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.

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