

| 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"/> Kiovig® sol perf 2.5 g / 25 ml i.v. | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 5 g / 50 ml i.v. | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 10 g / 100 ml i.v. | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 20 g / 200 ml i.v. | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 30 g / 300 ml i.v. | _____ | Nombre d'emballages |

Posologie (g/kg poids corp.) _____ Dose totale (g) _____

Perfusion répartie sur 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois
 Renouvelable ____ fois

Garantie de prise en charge Prescription dans le cadre de la limitation de la liste des spécialités
 Prescription en dehors de la limitation de la liste des spécialités: merci de nous envoyer une copie de la garantie de prise en charge

Service Home Care Le médecin souhaite effectuer la perfusion par le MediService Home Care Team
Attention: Le service ne peut être fourni que pour l'indication syndrome de déficience en anticorps, pour un maximum de 3 perfusions

| Prescription pour solution de dilution / de rinçage (Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage) | Nombre d'emballages | 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: _____

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