

<b>Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	
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.	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 5 g / 50 ml i.v.	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 10 g / 100 ml i.v.	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 20 g / 200 ml i.v.	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 30 g / 300 ml i.v.	_____	<b>Nombre d'emballages</b>

**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><b>Important:</b> 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><b>Avez-vous signé l'ordonnance?</b> S.v.p. envoyer l'ordonnance à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au <b>032 686 20 30</b>.</p>	<p><b>Signature du médecin</b></p>          
	Date, Timbre / Signature