

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: ☐ F ☐ A ☐ I		
Prénom, nom:	Tél.:	
Rue/N°:	Assurance maladie:	
NPA/localité:	N° d'ass.:	
Date de naissance:	E-mail:	
☐ Cosentyx® sol inj 75 mg / 0.5 ml seringue préremplie 0.5 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages	
☐ Cosentyx® sol inj 150 mg / 1 ml seringue préremplie 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages	
☐ Cosentyx® sol inj 150 mg / 1 ml seringues préremplies 1 ml (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages	
☐ Cosentyx® sol inj 300 mg / 2 ml seringue préremplie 2 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages	
☐ Cosentyx® SensoReady sol inj 150 mg / 1 ml stylo prérempli 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages	
☐ Cosentyx® SensoReady sol inj 150 mg / 1 ml stylos préremplis 1 ml (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages	
☐ Cosentyx® UnoReady sol inj 300 mg / 2 ml stylo prérempli 2 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages	
Posologie _____		
Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable _____ mois ☐ Renouvelable _____ fois		
Garantie de prise en charge	☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (indication <u>en dehors</u> de la limitation de la liste des spécialités, merci de nous en envoyer une copie de la garantie de prise en charge) ☐ Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (indication <u>dans le cadre</u> de la limitation de la liste des spécialités)	
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) ☐ Pharmacie d'hôpital	
Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.		
Livraison le: _____		
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.		Signature du médecin
Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30 .		Date, Timbre / Signature