

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:

<input type="checkbox"/> Hyrimoz® sol inj 20 mg/0.2 ml seringues préremplies (2 pcs)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® sol inj 40 mg/0.4 ml seringues préremplie (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® sol inj 40 mg/0.4 ml seringues préremplies (2 pcs)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® sol inj 40 mg/0.4 ml seringues préremplies (6 pcs)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® sol inj 80 mg/0.8 ml seringues préremplie (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® SensoReady sol inj 40 mg/0.4 ml (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® SensoReady sol inj 40 mg/0.4 ml (2 pcs)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® SensoReady sol inj 40 mg/0.4 ml (6 pcs)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hyrimoz® SensoReady sol inj 80 mg/0.8 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 (merci de nous en 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) 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.

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