

# Ordonnance

|  |   |
|--|---|
| <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"/> Stelara® sol inj 45 mg/0.5 ml seringue préremplie (1 pce) | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Stelara® sol inj 45 mg/ml stylo prérempli (1 pce)         | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Stelara® sol inj 45 mg/0.5 ml flacon (1 pce)              | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Stelara® sol inj 90 mg/ml seringue préremplie (1 pce)     | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Stelara® sol inj 90 mg/ml stylo prérempli (1 pce)         | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Stelara® conc perf 130 mg/26 ml flacon (1 pce)            | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250 ml (1 pce)                                  | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (20 pcs)                               | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Set de perfusion Promedical (1 pce)                       | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |
| <input type="checkbox"/> Filtre Intrapur Lipid 0.2 µm (1 pce)                      | _____ | <b>Nombre d'emballages</b> |

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_ fois

**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: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Important:</b><br/>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.</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><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|  | <p>Date, Timbre / Signature</p>  |

# 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:            |

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| <b>Indication</b> | <input type="checkbox"/> Psoriasis en plaques   | Selon la liste des spécialités → garantie de prise en charge pas nécessaire |
|                   | <input type="checkbox"/> Rhumatisme psoriasique | Selon la liste des spécialités → garantie de prise en charge pas nécessaire |
|                   | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn       | Selon la liste des spécialités → garantie de prise en charge nécessaire     |
|                   | <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse       | Selon la liste des spécialités → garantie de prise en charge nécessaire     |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Garantie de prise en charge</b> | <input type="checkbox"/> Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (Indication selon la liste des spécialités) |
|                                    | <input type="checkbox"/> Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)               |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Service Home Care</b> | Le médecin souhaite que la formation aux injections ou la perfusion soit effectué par un infirmier<br>MediService: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--------------------------|--|

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>Adresse de livraison</b> | <input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus | <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus |
|                             | <input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)    | <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital          |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>     |   |   |

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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

Date, Timbre / Signature