

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:

- Stelara®** sol inj 45 mg/0.5 ml seringue préremplie (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**
- Stelara®** sol inj 90 mg/ml seringue préremplie (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**
- Stelara®** sol inj 45 mg/0.5 ml flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**
- Stelara®** conc perf 130 mg/26 ml flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Le filtre CODAN Medical AG, I.V. Star® 0.2 mcg 763106 pour la préparation de Stelara® est mis à disposition gratuitement par l'entreprise Janssen-Cilag AG (Suisse) et est à commander directement au numéro de téléphone suivant 058 231 35 80 ou par email l'adresse JACCH-Orders@ITS.JNJ.com.

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge SVK Pour les patients SVK, merci de nous transmettre la garantie de prise en charge

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: _____

Important:
Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription 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.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.