

# 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:            |

☐ **Wilate®** subst sèche 500 UI c solv flacon (1 pce) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

☐ **Wilate®** subst sèche 1000 UI c solv flacon (1 pce) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

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

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

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

**Signature du médecin**

Date, Timbre / Signature