

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:

☐ Octanate® substance sèche 250 UI c solv + set application (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
☐ Octanate® substance sèche 500 UI c solv + set application (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
☐ Octanate® substance sèche 1000 UI c solv + set application (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

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s)	Nombre emballages	Posologie
Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage		

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