Ordonnance

MediService by Redcare

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:

☐ **Yuflyma®** sol inj 40 mg/0.4 ml seringue préremplie protè-aiguille (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Yuflyma®** sol inj 40 mg/0.4 ml seringues préremplies protè-aiguille (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Yuflyma®** sol inj 80 mg/0.8 ml seringue préremplie protè-aiguille (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Yuflyma®** sol inj 40 mg/0.4 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Yuflyma®** sol inj 40 mg/0.4 ml stylos préremplis (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Yuflyma®** sol inj 80 mg/0.8 ml stylo prérempli (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 que la formation aux injections soit dispensée 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

02527

© MediService AG / Version: 22MSE0121DF_d