

Omnitrope® Inscription Home Care et 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 :

- ☐ **Le médecin souhaite un accompagnement thérapeutique par l'équipe MediService Home Care (gratuit)**
☐ **Le médecin souhaite un accompagnement thérapeutique (gratuit) avec approvisionnement de médicaments par MediService**

Si seul un accompagnement thérapeutique est souhaité, cocher les produits nécessaires ci-dessous. L'accompagnement thérapeutique comprend des instructions personnelles pour l'injection ainsi que 5 appels téléphoniques/vidéo de suivi. En outre, les patients et les médecins peuvent joindre au +41 32 686 20 20, du lundi au vendredi entre 8h et 17h, une helpline où du personnel médical spécialisé se tient à leur disposition.

Dose journalière pour le début du traitement _____

Ordonnance

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ Omnitrope® SurePal sol inj 5 mg/1.5 ml cartouches (5 pcs)* | _____ Nombre d'emballages |
| ☐ Omnitrope® SurePal sol inj 10 mg/1.5 ml cartouches (5 pcs)* | _____ Nombre d'emballages |
| ☐ Omnitrope® SurePal sol inj 15 mg/1.5 ml cartouches (5 pcs)* | _____ Nombre d'emballages |
| ☐ SurePal™ 5 (blanc)** stylo-injecteur pour Omnitrope® 5 mg (réutilisable) | _____ Nombre de stylos |
| ☐ SurePal™ 10 (vert)** stylo-injecteur pour Omnitrope® 10 mg (réutilisable) | _____ Nombre de stylos |
| ☐ SurePal™ 15 (bleu)** stylo-injecteur pour Omnitrope® 15 mg (réutilisable) | _____ Nombre de stylos |

Aiguilles à injection (105 pcs)* ☐ 5 mm ☐ 8 mm

Compresses stériles imbibées d'alcool* ☐ 100 pcs

Collecteur d'aiguilles usagées* ☐ 1 pce

Sac réfrigérant** ☐ 1 pce

*facturation à la caisse-maladie du patient par MediService. **mis gratuitement à disposition par SANDOZ.

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)

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 l'encadrement Home Care, à la transmission de sa prescription, 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