

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

<input type="checkbox"/> Entyvio® sous-cutanée sol inj 108 mg/0.68 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Entyvio® sous-cutanée sol inj 108 mg/0.68 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Entyvio® subst sèche 300 mg flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages

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

<b>Validité de l'ordonnance</b>	<input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle	<input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable _____ mois
	<input type="checkbox"/> Renouvelable _____ fois	
<b>Garantie de prise en charge</b>	<input type="checkbox"/> Garantie de prise en charge n'est pas nécessaire	
	<input type="checkbox"/> Déjà demandée ( <i>merci de nous envoyer une copie</i> ) <small>Nécessaire en cas de réduction de l'intervalle entre les doses à 4 semaines, en cas de poursuite du traitement après 1 an ou en cas d'indications hors SL</small>	
<b>Service Home Care</b>	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care	

<b>Adresse de livraison</b>	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) ci-contre	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre
_____		
_____		
_____		

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: \_\_\_\_\_

<p><b>Important:</b> Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / 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 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.</p> <p><b>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au 032 686 20 30.</b></p>	<p><b>Signature du médecin</b></p>          
	Date, Timbre / Signature