

<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

<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
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Nacl 0.9% sol perf avec dispositif (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (20 pces)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Set de perfusion Promedical (1 pce)	_____ Nombre d'emballages

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

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

**Garantie de prise en charge**  Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire  
 Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)  
 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

**Service Home Care** Le médecin souhaite que la formation aux injections ou effectuée la perfusion soit dispensée par un infirmier MediService:  Oui  Non

**Adresse de livraison**

<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> 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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

Date, Timbre / Signature