

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"/> Benlysta® sol inj 200 mg/ml auto-injecteur (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Benlysta® sol inj 200 mg/ml auto-injecteur (4 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Benlysta® subst sèche 120 mg/ml flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Benlysta® subst sèche 400 mg/ml flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % 250 ml (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 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 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) ci-contre	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre

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