

# 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: <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:

**Lecigon®** Gel pour usage intestinal 20 mg/ml + 5 mg/ml + 20 mg/ml (7 pcs) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

**Crono Lecig** Pompe (unique)

Matériels	Nbr d'emballages	Matériels	Nbr d'emballages
FREKA adaptateur ENFit/ENLock (15 pcs)		FREKA Connect 20 ml ENFit/Pro-Neo seringue (100 pcs)	
ProNeo prolongation, 30 cm ENFit (30 pcs)			

Après concertation avec le patient, un kit d'application individuel est remis. Celui-ci comprend par exemple un désinfectant, un pansement de fixation, des compresses.

**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 l'accompagnement thérapeutique 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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
Date, Timbre / Signature