

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"/> Remicade® subst sèche 100 mg flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Solu-Cortef® subst sèche 100 mg av solv 2 ml Act-O-Vial (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250ml (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
<input type="checkbox"/> Filtre Intrapur Lipid 1.2 µm (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)

Le médecin souhaite la perfusion effectuée par un infirmier MediService:

Service Home Care au cabinet médical
 au domicile du patient (les 3 premières perfusions doivent être posées au cabinet médical / à l'hôpital)

Adresse de livraison Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre 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 _____