Ordonnance

MediService by Redcare

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: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom / nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

☐ **Remodulin®** (Tréprostinil) sol perf 1 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Remodulin®** (Tréprostinil) sol perf 2.5 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Remodulin®** (Tréprostinil) sol perf 5 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Remodulin®** (Tréprostinil) sol perf 10 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**

Pompes à perfusion
☐ Lenus pro pompe septum normal (i.v.) ☐ I-JET pompe sous-cutanée (s.c.)
☐ Lenus pro pompe septum proéminent (i.v.) ☐ I-JET pompe sous-cutanée sac de transport

Accessoires de perfusion	**Nbr. d'emballages**	**Accessoires de perfusion**	**Nbr. d'emballages**
Seringues pour pompe I-JET 20 pcs		Cleo 90 set de perfusion 6mm 60cm 10 pcs	
DUO kit de remplissage Lenus Pro 1 pce		Neria Guard set perfusion 6mm 60cm 10 pcs	

Selon accord avec le patient, le set d'application est délivré séparément et contient p. ex: désinfectant, tampons d'alcool, gaze, film de douche, emplâtre.

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)
☐ Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire

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) 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

02462

© MediService AG / Version: 22MSE0029DF_d