

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"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 1 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 2.5 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 5 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 10 mg/ml flacon 20 ml (1 pce)	_____	Nombre d'emballages
Pompes à perfusion	<input type="checkbox"/> Lenus pro pompe septum normal (i.v.) <input type="checkbox"/> I-JET pompe sous-cutanée (s.c.) <input type="checkbox"/> Lenus pro pompe septum proéminent (i.v.)	

Accessoires de perfusion	Nbr. d'emballages	Accessoires de perfusion	Nbr. d'emballages
Seringues pour pompe I-JET 20 pcs		Quick-set MMT-392 I-JET 10 pcs	
Minimed Quick-serter MMT-305 QS 1 pce		Quick-set MMT-393 I-JET 10 pcs	
DUO kit de remplissage Lenus Pro 1 pce		Cleo 90 set d'infusion 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 Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire
 Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

Service Home Care Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique d'une infirmière HTP par l'équipe de MediService Home Care

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: _____

<p>Important: Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / 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 docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / 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.</p>	<p>Signature du médecin</p> <p>_____</p>
<p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Date, Timbre / Signature</p>