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

☐ **Alprolix®** subst sèche 250 UI cum solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Alprolix®** subst sèche 500 UI cum solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Alprolix®** subst sèche 1000 UI cum solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Alprolix®** subst sèche 2000 UI cum solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Alprolix®** subst sèche 3000 UI cum solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois

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.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02521

© MediService AG / Version: 16ANDPHC08DF_b