

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"/> <b>Alprolix®</b> subst sèche 250 UI cum solv flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Alprolix®</b> subst sèche 500 UI cum solv flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Alprolix®</b> subst sèche 1000 UI cum solv flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Alprolix®</b> subst sèche 2000 UI cum solv flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Alprolix®</b> subst sèche 3000 UI cum solv flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_\_ mois  
 Renouvelable \_\_\_\_\_ fois

**Service Home Care**  Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home

**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><b>Important:</b> 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><b>Signature du médecin</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Avez-vous signé l'ordonnance?</b> S.v.p. envoyer l'ordonnance à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au <b>032 686 20 30</b>.</p>	<p>Date, Timbre / Signature</p>