# 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 |

☐ **Fingolimod Sandoz®** capsules 0.5 mg (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Fingolimod Sandoz®** capsules 0.5 mg (98 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

**Posologie** _____

| | |
|---|---|
| **Validité de l'ordonnance** | ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable _____ mois<br>☐ Renouvelable _____ fois |
| **Service Home Care** | Pour aider votre patient à gérer son traitement, un infirmier spécialisé de MediService prendra contact avec votre patient. |
| **Surveillance première dose** | Le médecin souhaite la surveillance de la première dose par un infirmier spécialisé de MediService: ☐ Oui ☐ Non |

**Adresse de livraison**

**La 1ère livraison au patient n'est possible que s'il a été expressément dit au patient que la première prise du médicament doit se faire en présence du médecin**

☐ 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

02562

© MediService AG / Version: 24MSE0005DF_b