

Ordonnance / Inscription pour l'injection à domicile

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)

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

Oxlumo® (Lumasiran) sol inj 94.5 mg/0.5 ml (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Accessoires d'injection: seringue y compris canule 26G, aiguille 18G, tampons d'alcool, compresses, récipient de déchets

Posologie: _____ mg **Poids corporel:** _____ kg

La dose recommandée d'Oxlumo® consiste en 3 doses d'attaque administrées une fois par mois suivies de doses d'entretien, commençant un mois après la dernière dose d'attaque. La posologie est calculée d'après le poids corporel. Pour des informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.

Validité de l'ordonnance

Ordonnance ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ fois

Garantie de Prise en charge

Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

Service d'injection

Le médecin souhaite qu'un infirmier MediService effectue l'injection à domicile: Oui Non
Les injections à domicile sont possibles à partir de la 1^{ère} dose d'entretien.

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 docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, accompagnement thérapeutique 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.

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