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:

☐ **APO-go® Cartouche** chlorhydrate d'apomorphine 100 mg/20 ml (5 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ Pompe Crono Par4 20 (unique)

☐ **Autres médicaments nécessaires:** _____

Matériels	**Nbr d'emballages**	**Matériels**	**Nbr d'emballages**
APO-go neria guard 9 mm/110 cm (10 pcs)		Combi-Stopper (100 pcs)	
APO-go neria guard 9 mm/60 cm (10 pcs)		CronoBell Sleeve (1 pce)	
APO-go neria guard 6 mm/60cm (10 pcs)			

Après concertation avec le patient, un kit d'application individuel est remis. Celui-ci comprend par exemple tampons alcool, des compresses, un collecteur d'aiguilles usagées.

Posologie

☐ Free Mode ☐ Auto Mode ☐ Bolus par jour max. _____ fois _____ mg

F1: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: de _____ à _____ heures
F2: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: de _____ à _____ heures
F3: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: de _____ à _____ heures
Taille: _____ cm Poids corporel: _____ kg

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

Garantie de prise en charge ☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par une infirmière Parkinson de MediService: ☐ oui ☐ non

Adresse de livraison

☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ Pharmacie d'hôpital

_____
_____
_____

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.

Signature du médecin

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

Date, Timbre / Signature

02573

© MediService AG / Version: 24MSE0022DF_c