Ricetta medica

MediService by Redcare

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	Lingua ☐ I ☐ F ☐ T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

☐ **APO-go® Cartuccia** Apomorfina cloridrato 100mg/20 ml (5 pz) _____ **Quantità confezioni**

☐ Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pz) _____ **Quantità confezioni**

☐ Pompa Crono Par4 20 (unica)

☐ **Ulteriori farmaci necessari:** _____

Materiale	**Quantità confezioni**	**Materiale**	**Quantità confezioni**
APO-go neria guard 9 mm/110 cm (10 pz)		Combi-Stopper (100 pz)	
APO-go neria guard 9 mm/60 cm (10 pz)		CronoBell Sleeve (1 pz)	
APO-go neria guard 6 mm/60cm (10 pz)			

Dopo aver consultato il paziente, viene consegnato un kit di applicazione individuale. Questo include ad esempio tamponi alcolici, compresse, un contenitore per rifiuti.

Posologia	☐ Free Mode ☐ Auto Mode ☐ Bolus al giorno max. _____ volta _____ mg F1: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: dalle ore _____ alle ore _____ F2: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: dalle ore _____ alle ore _____ F3: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: dalle ore _____ alle ore _____ Altezza: _____ cm Peso corporeo: _____ kg
Validità della ricetta	☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte
Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)
Servizio Home Care	Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico di un infermiere Parkinson di MediService ☐ si ☐ no

Indirizzo di consegna

☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato
☐ Altro indirizzo di consegna (CH), a lato ☐ Farmacia dell'ospedale, a lato

_____

_____

_____

_____

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: _____

Importante
Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acqui-sto presso MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.

Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a **contact@mediservice.ch** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**

Firma del medico

Data, Timbro / Firma

02573

© MediService AG / Version: 24MSE0022DF_c