

# Ordonnance

## 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:

Dimethylfumarate Sandoz® Caps 120 mg (14 pcs) \_\_\_\_\_ Nombre d'emballages

Dimethylfumarate Sandoz® Caps 120 mg (56 pcs) \_\_\_\_\_ Nombre d'emballages

Posologie \_\_\_\_\_

### Validité de l'ordonnance

Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_ fois

### Service Home Care

Pour aider votre patient à gérer son traitement, un infirmier spécialisé de MediService prendra contact avec votre patient.

### 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 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 médecin 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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au 032 686 20 30.**

### Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date, Timbre / Signature