

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:

Glatiramyl® sol inj 20 mg/ml seringues préremplies 1 ml (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Glatiramyl® sol inj 40 mg/ml seringues préremplies 1 ml (12 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Accessoires d'injection: tampons d'alcool, compresses, pansements, récipient pour déchets

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois Renouvelable ____ fois

Service Home Care Le médecin souhaite que la formation sur l'injection et l'accompagnement thérapeutique soient réalisés par un infirmier spécialisé 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 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.

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