

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:

<input type="checkbox"/> Omvoh® conc perf 300 mg/15 ml flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Omvoh® sol inj 100 mg/ml stylos préremplie (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Accessoire de perfusion: 100 ml NaCl 0.9%, 250 ml NaCl 0.9% et set de perfusion Promedical	
<input type="checkbox"/> Accessoires d'injection: Tampons d'alcool et récipient de déchets	

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (Application dans le cadre de la limitation de la liste des spécialités et 1^{ère} année de traitement)
Une garantie de prise en charge est nécessaire pour la poursuite du traitement après la 1^{ère} année de traitement:
 Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin souhaite qu'une formation à l'injection ou la réalisation de perfusions soit réalisée par un infirmier de MediService: Oui Non

Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> 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 ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature