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:

Médicament		Nombre d'emballages	Médicament		Nombre d'emballages
Fingolimod Viatris	caps 0.5 mg (28 pcs)		**Glatiramyl**	sol inj 20 mg/ml seringues préremplies 1 ml (28 pcs)	
	caps 0.5 mg (98 pcs)			sol inj 40 mg/ml seringues préremplies 1 ml (12 pcs)	
				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	**Fingolimod Viatris:**	Pour aider votre patient à gérer son traitement, un infirmier spécialisé de MediService prendra contact avec votre patient.
	Glatiramyl:	Le médecin souhaite que la formation sur l'injection et l'accompagnement thérapeutique soient réalisés par un infirmier spécialisé de MediService: ☐ Oui ☐ Non
Surveillance première dose Fingolimod Viatris®	Le médecin souhaite la surveillance de la première dose par l'équipe de MediService Home Care: ☐ Oui ☐ Non	

Adresse de livraison

La 1ère livraison de Fingolimod Viatris® au patient n'est possible que s'il a été expressément dit au patient que la première prise du médicament doit se faire en présence du médecin

☐ 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.

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

02636

© MediService AG / Version: 24MSE0070DF_a