

Ricetta medica

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:

☐ **Ocrevus®** sottocutaneo sol ini 920 mg / 23 ml fiala (1 pz) _____ **Quantità confezioni**

Accessori per l'iniezione

☐ Applicazione tramite pompa: Ago da prelievo, set per infusione, serbatoio per farmaci
La pompa necessaria per l'utilizzo viene fornita dall'infermiere MediService.

☐ Applicazione manuale: Ago da prelievo, set per infusione, siringa

Posologia ☐ 920 mg ogni 6 mesi

Validità della ricetta ☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte

Servizio Home Care Il medico desidera l'amministrazione di un infermiere di MediService: ☐ sì ☐ no

Ulteriori farmaci necessari (Nome, forma galenica, dosaggio, confezione)	Quantità confezioni	Validità	Posologia
☐ Medrol compresse 100 mg (10 pz)			
☐ Desloratadin Spirig HC compressa rivestita con film 5 mg (10 pz)			
☐ Dafalgan compressa rivestita con film 1 g (16 pz)			

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