

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:

Wainzua® Solution injectable dans un stylo prérempli à usage unique _____ **Nombre d'emballages**
(injection) pour administration par voie sous-cutanée, 45 mg/0.8 ml (1 pce)

Conteneur à déchets et tampons d'alcool

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care*

AstraZeneca Programme de soins à domicile WAINZUA® « Acapella »
Le médecin souhaite l'administration ainsi qu'un accompagnement thérapeutique continu (formations, visites, contacts vidéo et téléphoniques) par un infirmier spécialisé de MediService:
 Oui **Non**

*MediService s'engage à traiter toutes les données des patients de manière strictement confidentielle, conformément aux dispositions suisses en vigueur en matière de protection des données. Avant le début du suivi thérapeutique, MediService demandera au patient de signer une déclaration de consentement écrite.

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. **Date souhaitée pour la première livraison:** _____

Remarque: la livraison de Wainzua® se fait par coursier après accord avec MediService.

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