

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: F A I

Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

- Nepexto® 25mg/0.5ml solution injectable en seringues préremplies (4 pcs) _____ Nombre d'emballages
- Nepexto® 50mg/1ml solution injectable en seringues préremplies (2 pcs) _____ Nombre d'emballages
- Nepexto® 50mg/1ml solution injectable en seringues préremplies (4 pcs) _____ Nombre d'emballages
- Nepexto® 50mg/1ml solution injectable en stylos préremplis (2 pcs) _____ Nombre d'emballages
- Nepexto® 50mg/1ml solution injectable en stylos préremplis (4 pcs) _____ Nombre d'emballages

Accessoires d'injection: Compresses, tampons imbibés d'alcool, récipient de déchets

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 Le médecin souhaite un accompagnement thérapeutique continu (formations, visites, contacts vidéo et téléphoniques) par un infirmier spécialisé de MediService: Oui Non

Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus
 Adresse de livraison (CH)

- Adresse du médecin ci-dessus
 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.

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

02689