

# 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:

Rystiggo® 140 mg/ml, solution injectable 2 ml

Nombre d'emballages \_\_\_\_\_

Pompe: Crono S-PID 20 pompe à microdosage

Accessoires: Cane Crono Amp, VENOFIX SAFETY Aiguille à ailettes 25G

Matériel supplémentaire: Mini-Spike, Tampons d'alcool, récipient pour déchets, compresses, pansements, désinfectant

**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 l'administration ainsi qu'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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au 032 686 20 30.

Date, Timbre / Signature