

# Ordonnance

<b>Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	
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:

☐ **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 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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

Date, Timbre / Signature

02700