

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:

<input type="checkbox"/> Yorvipath® sol inj 168 mcg / 0.56 ml stylo prérempli (2 Stk)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Yorvipath® sol inj 294 mcg / 0.98 ml stylo prérempli (2 Stk) Stylo pour le début du traitement	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Yorvipath® sol inj 420 mcg / 1.4 ml stylo prérempli (2 Stk)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Matériel supplémentaire: tampons d'alcool, pansements, récipient de déchets	

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois Renouvelable ____ fois
Veuillez ne pas établir d'ordonnance permanente pendant la phase de titration!

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	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> 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, 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