Ordonnance

MediService by Redcare

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°:	E-mail:
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
	Numéro de décision (AI):

☐ **IMULDOSA®** conc perf 130 mg/26ml flac 26 ml (1 pc)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **IMULDOSA®** sol inj 45 mg/0.5ml seringue préremplie 0.5 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **IMULDOSA®** sol inj 90 mg/1ml seringue préremplie 1 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
Injection sous-cutanée:	☐ Récipient pour déchets, compresses et tampons d'alcool
Perfusion intraveineuse:	☐ Set de perfusion Promedical (1 pce) ☐ Perfusion Sterifix 0,2µm (1 pce) ☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 pce)
Posologie _____	
Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois
Garantie de prise en charge	☐ Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (Indication selon la liste des spécialités) ☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) (Maladie de Crohn: un raccourcissement de l'intervalle à 8 semaines ainsi qu'une durée supérieure à 1 an nécessitent une garantie de prise en charge des coûts. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire.)
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** ou par fax au **032 686 20 30**.	Date, Timbre / Signature

02704

© MediService AG / Version: 26MSE0013DF_b