

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:
☐ Stelara® sol inj 45 mg/0.5 ml seringue préremplie (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
☐ Stelara® sol inj 45 mg/0.5 ml stylo prérempli (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
☐ Stelara® sol inj 45 mg/0.5 ml flacon (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
☐ Stelara® sol inj 90 mg/ml seringue préremplie (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
☐ Stelara® sol inj 90 mg/ml stylo prérempli (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
☐ Stelara® conc perf 130 mg/26 ml flacon (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
Injection sous-cutanée:	☐ Récipient pour déchets, compresses et tampons d'alcool
	Pour le flacon: ☐ Seringue OMNIFIX-F 1 ml LS (100 pcs) ☐ Aiguilles à injection 27G (100 pcs) ☐ Aiguille de prélèvement G1 (100 pcs)
Perfusion intraveineuse:	☐ Set de perfusion Promedical (1 pce) _____ Nombre d'emballages
	☐ Perfusion Sterifix 0,2µm (1 pce) _____ Nombre d'emballages
	☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages
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 et Colite ulcéreuse: 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.)
Service Home Care pour la colite ulcéreuse	Le médecin souhaite que la formation aux injections ou la perfusion soit effectué par un infirmier 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.	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