

Ricetta medica

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	
Lingua ☐ I ☐ F ☐ T	
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:
☐ Dupixent® (Dupilumab) siringa preriempita sol iniettabile 300mg/2ml (2 pz)	_____ Quantità confezioni
☐ Dupixent® (Dupilumab) penna preriempita sol iniettabile 300mg/2ml (2 pz)	_____ Quantità confezioni
☐ Dupixent® (Dupilumab) siringa preriempita sol iniettabile 200mg/1.14ml (2 pz)	_____ Quantità confezioni
☐ Dupixent® (Dupilumab) penna preriempita sol iniettabile 200mg/1.14ml (2 pz)	_____ Quantità confezioni
☐ Soft Zellin compresse imbevute di alcool (100 pz)	_____ Quantità confezioni
Posologia _____	
Validità della ricetta	☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte
Codice di indicazione	Si prega di selezionare 
Indicazione	☐ Dermatite atopica ☐ Asma ☐ Rinosinusite cronica con poliposi nasali ☐ altre _____
Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia) ☐ Per le indicazioni dermatite atopica, asma o rinosinusite cronica con poliposi nasali: da richiedere tramite MediService. Le verrà inviato l'apposito modulo di garanzia di pagamento dei costi, con la richiesta di ritornarlo compilato. (MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi alla cassa malati)
Servizio Home Care	Il medico desidera l'istruzione Dupixent con successivo accompagnamento terapeutico di un infermiere di MediService ☐ sì ☐ no
Indirizzo di consegna	☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato ☐ Altro indirizzo di consegna (CH), a lato ☐ Farmacia dell'ospedale, a lato

Specificare se si desidera un'altra data di consegna.	
Consegna il: _____	
Importante Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.	Firma del medico
Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero 032 686 20 30 .	Data, Timbro / Firma