

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:
☐ Dupixent® (dupilumab) ser pré sol inj 300mg/2ml (2 pcs) _____ Nombre d'emballages	
☐ Dupixent® (dupilumab) stylo pré-remp 300mg/2ml (2 pcs) _____ Nombre d'emballages	
☐ Dupixent® (dupilumab) ser pré sol inj 200mg/1.14ml (2 pcs) _____ Nombre d'emballages	
☐ Dupixent® (dupilumab) stylo pré-remp 200mg/1.14ml (2 pcs) _____ Nombre d'emballages	
☐ Soft Zellin tampons alcool 60 x 30mm (100 pcs) _____ Nombre d'emballages	
Posologie _____	
Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable _____ mois ☐ Renouvelable _____ fois	
Code d'indication	Veuillez sélectionner 
Indication	☐ Dermatite atopique ☐ Asthme ☐ Polypose naso-sinusienne ☐ Autre _____
Garantie de prise en charge	☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) ☐ Pour les indications dermatite atopique, asthme ou polypose naso-sinusienne: Garantie de prise en charge à demander par MediService. Vous recevrez le formulaire de remboursement des coûts adapté, que vous devrez ensuite remplir et nous retourner. (MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies)
Service Home Care	Le médecin souhaite une instruction Dupixent et pour la suite, l'accompagnement thérapeutique 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