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°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☐ **Zeposia®** emballage de départ 4 x 0.23 mg + 3 x 0.46 mg capsules (7 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Zeposia®** emballage pour 1 mois 0.92 mg capsules (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois

Code d'indication Veuillez sélectionner

Garantie de prise en charge
☐ Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (application dans le cadre de la limitation de la liste des spécialités et 1ère année de traitement pour l'indication rectocolite hémorragique)
Une garantie de prise en charge est nécessaire pour la poursuite du traitement après la 1ère année de traitement pour l'indication rectocolite hémorragique:
☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care Pour aider votre patient à gérer son traitement, un infirmier spécialisé de MediService prendra contact avec votre patient.

Adresse de livraison
☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ci-contre ☐ Pharmacie d'hôpital ci-contre

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

Date, Timbre / Signature

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

02377

© MediService AG / Version: 20REZBUS012DF_d