

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)	
Prénom, nom:	Langue du patient: ☐ F ☐ A ☐ I
Rue/N°:	Tél.:
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
	E-mail:

☐ Ilaris ® Flacon de solution injectable 150 mg/ml à 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
☐ Ilaris ® solution injectable 150 mg/ml stylo prérempli à 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
☐ Accessoires d'injection: Récipient pour déchets, tampons d'alcool et compresses	
☐ En plus, pour le flacon : canule, aiguilles et seringue	

Posologie _____

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

Code d'indication Veuillez sélectionner 

Garantie de prise en charge ☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin souhaite 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 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.

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

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature