

Ordonnance / Inscription pour la perfusion à domicile

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:

☐ Onpattro® (Patisiran) conc perf 10 mg/5ml ampoule 5 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
☐ NaCl sol perf 0.9% ☐ 100 ml ☐ 250 ml	_____ Nombre d'emballages
☐ Accessoires de perfusion: set de perfusion Promedical, récipient stérile, filtre à seringue de 0,45 µm, filtre de perfusion en ligne de 1,2 µm, désinfectant, tampons, pansements, récipient pour déchets.	

Posologie: _____ mg **Poids corporel:** _____ kg

La posologie recommandée d'Onpattro® est de 0.3 mg par kg de poids corporel, administrés par perfusion intraveineuse une fois toutes les 3 semaines. La posologie est calculée d'après le poids corporel actuel du patient. Pour les patients de poids ≥ 100 kg, la posologie maximale recommandée est de 30 mg. Pour des informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.

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 de perfusion Le médecin souhaite qu'un infirmier MediService effectue la perfusion à domicile: ☐ Oui ☐ Non
Le service est possible à partir de la 4^{ème} perfusion.

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s) (Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage)	Nombre d'emballages	Validité	Posologie
☐ Paracétamol cpr pell ☐ 500 mg (20 pcs) ☐ 1 g (20 pcs)			
☐ Tavegyl® sol inj 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
☐ EpiPen® sol inj 0.3 mg injecteur prérempli (2 pcs)			
☐ Dexamethason Zentiva sol inj 5 mg/ml (3 pcs)			

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, Accompagnement thérapeutique 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