

# 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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Prénom, nom:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Tél.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Rue/N°:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Assurance maladie:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| NPA/localité:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | N° d'ass.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Date de naissance:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspaveli®</b> (pegcetacoplan) conc perf 54 mg/ml 20 ml (8 pcs) + set d'application* <span style="float: right;">Nombre d'emballages</span>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Micro pompe dos. S-PiD 20 ml (unique)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| * Selon accord avec le patient, le set d'application est dispensé séparément et contient p. ex: seringues, adaptateur pour flacon, set de perfusion, distributeur de tampons, désinfectant, emplâtre, container à seringues usagées.                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Posologie _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Validité de l'ordonnance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable ____ mois <input type="checkbox"/> Renouvelable ____ fois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Code d'indication                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 21557.01 - Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)<br><input type="checkbox"/> Utilisation dans le cadre de l'art. 71 OAMal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Indication                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie paroxystique nocturne<br><input type="checkbox"/> Glomérulopathie à dépôts de C3 (C3G) ou de la glomérulonéphrite membranoproliférative à médiation par les complexes immuns primaire (IC-MPGN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Instruction de l'utilisation de la pompe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Le médecin souhaite une instruction pour la thérapie par infusion indépendant du patient par MediService Home Care                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| En cas d'ordonnance initiale: Confirmation de la vaccination et/ou prophylaxie antibiotique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Le médecin confirme qu'il a expliqué le traitement avec Aspaveli au patient, respectivement à ses représentants légaux et qu'il leur fournira toutes les informations nécessaires, y compris la carte patient et le fil conducteur du patient avant le début du traitement.<br><input type="checkbox"/> Le médecin confirme que le patient a été vacciné au cours des deux (2) dernières années contre <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> type A, C, Y, W et type B ainsi que <i>Haemophilus influenzae</i> type B ou qu'il a reçu le traitement antibiotique prophylactique selon les directives nationales en vigueur. Le médecin sait que la vaccination doit être effectuée au moins deux (2) semaines avant l'administration de la première dose de Aspaveli ou, si un traitement immédiat est nécessaire (ou si le vaccin n'est pas indiqué dans la situation actuelle), le patient doit recevoir un traitement antibiotique prophylactique au moins depuis le premier jour de traitement avec Aspaveli et jusqu'à deux (2) semaines après la vaccination. |
| Garantie de prise en charge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Adresse de livraison                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus<br><input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. <span style="float: right;">Livraison le: _____</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Important:</b><br>Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, 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. | <b>Signature du médecin</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Avez-vous signé l'ordonnance?</b> S.v.p. envoyer l'ordonnance à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au <b>032 686 20 30</b> .                                                                                                                                                                                                                                                  | Date, Timbre / Signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |