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:

Médicament	**Nombre d'emballages**		**Médicament**	**Nombre d'emballages**	
Hukyndra®	sol inj 40 mg/0.4 ml stylo pré 0.4 ml (1 pce)		**Movymia®**	sol inj 250 mcg/ml cartouche 2.4 ml (1 pce)	
	sol inj 40 mg/0.4 ml stylo pré 0.4 ml (2 pcs)			stylo (1 pc)	
	sol inj 40 mg/0.4 ml stylo pré 0.4 ml (6 pcs)			Aiguilles à injection (105 pcs) ☐ 5 mm ☐ 8 mm	
	sol inj 40 mg/0.4ml ser pré 0.4 ml (1 pce)		**Ustekinumab Spirig HC®**	sol inj 45 mg/0.5 ml ser pré 0.5 ml (1 pce)	
	sol inj 40 mg/0.4ml ser pré 0.4 ml (2 pcs)			sol inj 90 mg/1 ml ser pré 1 ml (1 pce)	
	sol inj 40 mg/0.4ml ser pré 0.4 ml (6 pcs)			conc perf 130 mg/26 ml flacon (1 pce) **uniquement la livraison du médicament**	
	sol inj 80 mg/0.8ml ser pré 0.8 ml (1 pce)		**Accessoires d'injection**	Tampons d'alcool, compresses, récipient pour déchets	☐
	sol inj 80 mg/0.8 ml stylo pré 0.8 ml (1 pc)				
	sol inj 80 mg/0.8 ml stylo pré 0.8 ml (3 pcs)				

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge
☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)
☐ Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (Indication selon la liste des spécialités)
Ustekinumab Spirig HC® → *Maladie de Crohn: un raccourcissement de l'intervalle à 8 semaines ainsi qu'une durée supérieure à 1 an nécessitent une garantie de prise en charge des coûts. Aucune nouvelle garantie de prise en charge n'est nécessaire s'il existe déjà une garantie de prise en charge pour la préparation de référence ou un autre biosimilaire.*

Service Home Care (réservé à l'injection) 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

02721

© MediService AG / Version: 26MSE0045DF_a