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°:	E-mail:
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
	Numéro de décision (AI):

☐ **Hukyndra®** sol inj 40 mg/0.4 ml stylo préremplie 0.4 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 40 mg/0.4 ml stylos préremplies 0.4 ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 40 mg/0.4 ml stylos préremplies 0.4 ml (6 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 40 mg/0.4ml seringue préremplie 0.4 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 40 mg/0.4ml seringues préremplies 0.4 ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 40 mg/0.4ml seringues préremplies 0.4 ml (6 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 80 mg/0.8ml seringue préremplie 0.8 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 80 mg/0.8 ml stylo préremplie 0.8 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hukyndra®** sol inj 80 mg/0.8 ml stylos préremplies 0.8 ml (3 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
Accessoires	☐ Récipient pour déchets, compresses et tampons d'alcool
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)
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 de livraison (CH)	☐ Adresse du médecin ci-dessus ☐ 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

02717

© MediService AG / Version: 26MSE0041DF_a