

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"/> Hizentra® sol inj 1 g / 5 ml flacon 5 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages <input type="checkbox"/> Hizentra® sol inj 2 g / 10 ml flacon 10 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages <input type="checkbox"/> Hizentra® sol inj 4 g / 20 ml flacon 20 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages <input type="checkbox"/> Hizentra® sol inj 10 g / 50 ml flacon 50 ml (1 pce) _____ Nombre d'emballages	
Posologie _____	
Accessoires	<input type="checkbox"/> Pompe à perfusion pour l'administration sous-cutanée contrôlée d'immunoglobulines. <input type="checkbox"/> Le matériel suivant fait partie de la thérapie par perfusion: Réservoir de médicament, kit de perfusion, désinfectant, tampons, pansement, collecteur d'aiguilles usagées, aide au prélèvement, étui de protection
Validité de l'ordonnance	<input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable ____ mois <input type="checkbox"/> Renouvelable ____ fois
Garantie de prise en charge	<input type="checkbox"/> Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) <input type="checkbox"/> À demander par MediService. MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies. Merci de sélectionner l'indication. <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire primaire <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire secondaire <input type="checkbox"/> Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique <input type="checkbox"/> Autre: _____
Service Home Care (Incl. l'utilisation de la pompe)	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par le MediService Home Care Team, y compris l'instruction du patient à la thérapie par perfusion indépendante Lieu souhaité pour la formation <input type="checkbox"/> Clinique ou cabinet médical <input type="checkbox"/> Domicile du patient Début souhaité de la thérapie ____ numéro de la semaine Date dernière dose i.v.: ____ (JJ.MM.AAAA) Informations sur le patient: taille: ____ cm poids: ____ kg
Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) <input type="checkbox"/> 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, 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 _____ Date, Timbre / Signature
Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.	