

| 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 demandée (<i>merci de nous envoyer une copie</i>) <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) ci-contre <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre _____ _____ _____ |
| Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. | |
| Livraison le: _____ | |
| Important: Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / 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. | |